

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PATRICIA WENCESLAU CABRAL

MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

CURITIBA

2016

PATRICIA WENCESLAU CABRAL

MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Monografia apresentada ao Programa do Curso de Pós-Graduação Departamento de Contabilidade, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de especialista em Auditoria Integral.

Prof. Orientador: MSc Luiz Carlos de Souza.

CURITIBA

2016

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus, por todas as oportunidades concedidas em minha vida, por todo o discernimento, por onde seguir, por toda a força para conquistar meus objetivos.

Quero agradecer também a todos os professores do curso de MBA em Auditoria Integral da UFPR de 2015, por transmitirem seus conhecimentos para nós alunos, em especial a professora Mayla Cristina Costa, por me conceder a oportunidade de fazer parte da turma de 2015. E ao professor Luiz Carlos de Souza, por aceitar me monitorar e me motivar a escrever este trabalho.

Agradeço ao meu colega de trabalho Luiz Carlos da Rosa Júnior, pois quando tinha dúvidas para onde seguir para o desenvolvimento desse trabalho ele me ajudava, falando dos assuntos que eu devia abordar as Leis e Resoluções Normativas que eu poderia ler.

E principalmente ao meu marido André Vinicius Cassarotti, por toda a compreensão e por todas as coisas que deixamos de fazer nos sábados de 2015, devido a minha ausência por estar assistindo as aulas do curso.

Obrigada a todos!

*Aqui um em um milhão nasceu pra vencer
Mas nada impede que esse um seja você
E tudo que você precisa ter é
Foco: um objetivo pra alcançar
Força: pra nunca desistir de lutar e
Fé: pra me manter de pé enquanto eu puder
Haja o que houver, só preciso de
Foco: um objetivo pra alcançar
Força: pra nunca desistir de lutar e
Fé: pra me manter de pé enquanto eu puder
Foco, força e fé*

Projota

RESUMO

O objetivo desse trabalho é demonstrar ao leitor o funcionamento do mercado de saúde suplementar no Brasil, demonstrando os principais aspectos ligados à legislação, órgãos reguladores, participantes do mercado, bem como evidenciar a complexidade da saúde no Brasil e como esses participantes contribuem para que os principais objetivos desse mercado sejam alcançados. O problema da presente pesquisa enquadra-se como qualitativa, pois pretende descrever o objetivo de estudo com maior profundidade. Referentes aos procedimentos utilizados nesta pesquisa estão o documental e o bibliográfico, serão utilizadas as leis que registram informações sobre o tema, assim como referências teóricas, quanto os objetivos e ao questionamento se enquadram como descritivo, de forma que quem quiser verificar se a pesquisa é viável é só percorrer os mesmos procedimentos adotados. O mercado de saúde no Brasil tem sido cada vez mais regulado visando não apenas a solvência das empresas que participam dele, mas também a proteção de todos os agentes que direta ou indiretamente participem desse mercado.

Palavras-chave: ANS, operadoras, plano de saúde, saúde suplementar.

ABSTRACT

This paper aims presents to the reader how the supplementary healthcare marked in Brazil works, showing the main aspects like a legislation, regulatory agencies, stakeholders, and highlighting the complexity of health in Brazil and how these participants contribute to the main objectives of this market are achieved. The methodology applied was qualitative research, as it wants to describe the purpose of study in greater depth. Relating to the procedures used in this study was: documental support and bibliographic. Law will be used to referent the subjects concerned, as well as theoretical references, as the objectives and questioning were classified as descriptive, so that those who want to check whether the search is viable only go through the same procedures adopted. The healthcare market in Brazil has been increasingly regulated aimed not just the solvency of the companies that participate in it, but also the protection of all the agents that directly or indirectly participate in this market.

Keywords: ANS, operators, provider, health insurance plan, supplementary health

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE	24
FIGURA 2: QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE – ASSISTÊNCIA MÉDICA	25
FIGURA 3: QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE – EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA	25
FIGURA 4 - HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL-BASE.....	31
FIGURA 5: ESTRUTURA DE CODIFICAÇÃO CONTÁBIL – ANS.....	40

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: AVANÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE	19
QUADRO 2: CÁLCULO DA PEONA – OPERADORAS DE GRANDE PORTE	32
QUADRO 3: CÁLCULO DE PEONA – OPERADORAS DE MÉDIO E PEQUENO PORTE ...	33
QUADRO 4: CÓDIGOS PREVISTOS NA CNAE IMPEDITIVOS AO SIMPLES NACIONAL..	52

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1. PROBLEMA DE PESQUISA.....	11
1.2. OBJETIVOS	12
1.2.1. Objetivo Geral.....	12
1.2.2. Objetivo Específico	12
1.3. JUSTIFICATIVA.....	13
2. AGENCIA REGULADORA NO BRASIL	13
2.1. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS	14
3. MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL.....	15
3.1. REGULAMENTAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE ANTES E DEPOIS DA LEI 9.656/98	18
3.2. SITUAÇÃO ATUAL DO MERCADO DE SAÚDE	23
4. O QUE PRECISA PARA TORNAR-SE UMA OPERADORA.....	26
4.1. COMO OBTER AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO.....	26
4.2. CONTRATAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS	28
4.3. GARANTIAS FINANCEIRAS MÍNIMAS PARA OPERAR NO MERCADO.....	30
4.4. CONTABILIDADE ESPECÍFICA ANS	37
4.5. PENALIDADES – INFRAÇÕES DE NATUREZA ESTRUTURAL, ECONÔMICO- FINANCEIRA E ASSISTENCIAL	43
4.5.1. Infrações de Natureza Estrutural	45
4.5.2. Infrações de Natureza Econômico-Financeira	47
4.5.3. Infração de Natureza Assistencial	48
4.6. REGIMES TRIBUTÁRIOS	49
4.6.1. Lucro Real.....	49
4.6.2. Lucro Presumido	50
4.6.3. Simples Nacional.....	51
5. METODOLOGIA.....	53

5.1. TIPO DE PESQUISA.....	53
6. CONCLUSÃO.....	56
7. REFERENCIAS.....	58

1. INTRODUÇÃO

Com uma grande necessidade de um controle maior na qualidade da prestação de serviço, e de estabelecer, fiscalizar regras para determinados setores, foram criadas as agências reguladoras. A presente pesquisa abordará sobre a agência reguladora ANS e o mercado de saúde suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada com a intenção de proporcionar à defesa do interesse público na assistência suplementar a saúde, e também de regular as operadoras do setor, quanto às suas relações com prestadores e consumidores. Como agência reguladora a ANS pode criar normas, controlar e fiscalizar as operadoras de saúde para assegurar que o interesse público seja cumprido e garantindo o correto funcionamento dessas operadoras.

Diante disso surge a necessidade de detalhar o funcionamento do mercado de saúde suplementar no Brasil, a fim de demonstrar por meio de um guia prático, os principais direitos e deveres das partes relacionadas a esse mercado.

Com o objetivo de descrever os principais aspectos ligados a legislação do mercado de saúde suplementar a presente pesquisa informará as modalidades e tipos de plano ofertados, como obter o registro de funcionamento de uma operadora, o que é preciso para ser uma operadora de saúde, a contabilidade e suas particularidades, assim como as penalidades previstas, caso alguma operadora não haja de acordo com o exigido. Como a legislação muda constantemente os profissionais envolvidos no mercado de saúde suplementar precisam ter alto nível de conhecimento para atender as necessidades relacionadas.

Vale falar do profissional de contabilidade, que tem um papel de grande importância nesse processo de fiscalização, uma vez que através do correto trabalho desse profissional, as obrigações das operadoras de planos de saúde são atendidas, colaborando para o cumprimento das leis e das normas que regem o setor de saúde no Brasil, assim como as diretrizes traçadas e cobradas pela ANS.

A metodologia utilizada nesse trabalho será quanto ao problema de pesquisa, se enquadra como qualitativa, pois pretende descrever o objetivo de estudo com maior profundidade, utilizando como referência das leis existentes para o assunto. Sobre os procedimentos utilizados compreendem o documental e o bibliográfico, e que também serão utilizadas as leis que registram informações sobre o tema, assim como referências teóricas, quanto os objetivos e ao questionamento

se enquadram como descritivo, de forma que quem quiser verificar se a pesquisa é viável é só percorrer os mesmos procedimentos adotados.

A Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998, é a lei que rege sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, é ela quem dá o suporte para o funcionamento do mercado de saúde suplementar, foi através dela que surgiram as resoluções normativas, e outras alterações, visando sempre à melhoria do mercado.

O desenvolvimento deste trabalho, não tem a intenção de tornar o leitor em um especialista no assunto, mas sim esclarecer os principais assuntos e caminhos a serem percorridos para o entendimento do mercado de saúde suplementar.

1.1. PROBLEMA DE PESQUISA

As agências reguladoras foram criadas devido à necessidade de um maior controle na qualidade da prestação de serviço, além de estabelecer e fiscalizar regras para o setor.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada com a intenção de promover à defesa do interesse público na assistência suplementar a saúde, além de regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores. Além disso, por se tratar de uma agência reguladora ligada ao governo federal, a ANS visa contribuir com o desenvolvimento das ações de saúde no país. Ela está vinculada ao Ministério da Saúde e é responsável pelo setor de planos de saúde de todo o Brasil.

Como reguladora ela cria normas, controla e fiscaliza as operadoras de saúde para assegurar que o interesse público seja cumprido e com isso garante o correto funcionamento dessas operadoras, segundo a sua ótica de gestão de recursos.

Diante deste cenário surge a necessidade de detalhar o funcionamento do mercado de saúde suplementar no Brasil, a fim de demonstrar por meio de um guia prático, os principais direitos e deveres das partes relacionadas a esse mercado.

1.2. OBJETIVOS

Objetivo nada mais é do que aquilo que pretende alcançar, chegar a uma meta, um fim, com isso este trabalho tem a intenção de verificar como funciona o mercado de saúde suplementar no Brasil, este trabalho pretende verificar os seguintes objetivos:

1.2.1. Objetivo Geral

Demonstrar tecnicamente como é o funcionamento do mercado de saúde suplementar, apontando os principais aspectos ligados à legislação e o papel das partes relacionadas a esse mercado.

1.2.2. Objetivo Específico

Para melhor entendimento dos temas abordados nesse trabalho, será dividido os temas em assuntos específicos, visando à melhor apresentação do objetivo geral deste trabalho. Como objetivos específicos, temos:

- Comentar os principais artigos da Lei 9.656/98, que rege os planos de saúde no Brasil;
- Demonstrar as diversas modalidades das operadoras e tipos de planos de saúde ofertados, bem como as obrigações ligadas a esses planos;
- Explicar os procedimentos para autorização de funcionamento de uma operadora;
- Demonstrar como funciona o processo de ativos garantidores, patrimônio mínimo, processos contábeis e auditoria;
- E por fim, demonstrar as penalidades aos participantes do mercado em caso de descumprimento de alguma obrigação.

1.3. JUSTIFICATIVA

Kauark, Manhães e Medeiros (2010), explicam que “A justificativa, como o próprio nome indica, é o conhecimento de que o trabalho de pesquisa possui fundamentos para ser efetivado.”

Este estudo ganha importância, na medida em que a legislação muda constantemente e os profissionais envolvidos nesse mercado precisam ter alto nível técnico de conhecimento para atender as necessidades relacionadas aos operadores desse mercado.

Devido à complexidade das operações dos participantes, no que diz respeito a montante de capital, abrangência, número de beneficiários, rede de atendimento, dentre outros fatores, a fiscalização da agência reguladora tem sido cada vez maior, portanto o profissional deve ter por objetivo a excelência no atendimento às necessidades desses operadores.

Ressaltamos que o profissional de contabilidade tem papel de extrema importância nesse processo de fiscalização, uma vez que através do correto trabalho desse profissional, as obrigações das operadoras de planos de saúde são atendidas, colaborando para o cumprimento das leis e das normas que regem o setor de saúde no Brasil, assim como as diretrizes traçadas e cobradas pela ANS.

Este trabalho não tem a intenção de tornar o leitor em um especialista no assunto, mas sim esclarecer os principais assuntos e caminhos a serem percorridos para o entendimento desse mercado.

2. AGENCIA REGULADORA NO BRASIL

A Agência Nacional de Saúde Suplementar nos diz que regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolvem a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado explorados por empresas para assegurar o interesse público.

Conforme Melo (2001) *apud* Vasconcelos e Souza (2008) as agências reguladoras são autarquias sob regime especial, parte da administração pública indireta, e caracterizadas por independência administrativa, estabilidade de seus dirigentes, autonomia financeira e ausência de subordinação hierárquica.

As Agências reguladoras, geralmente são criadas sob a forma de autarquias especiais ou outro ente da administração indireta, e tem como finalidade, regular e fiscalizar as atividades de determinados setores da economia de um país.

Segundo Moreira Neto (1999) *apud* Vasconcelos e Souza (2008), quatro aspectos são necessários as autarquias especiais:

1. Independência política dos gestores, que são investidos de mandatos e com estabilidade nos cargos durante um determinado prazo;
2. Independência decisional, predominando as motivações a políticas de seus atos;
3. Independência normativa, necessária para o exercício regulador dos setores sob sua competência; e,
4. Independência orçamentária, gerencial e financeira, ampliada através de contratos de gestão celebrados com o respectivo órgão supervisor da Administração Direta.

No Brasil, são exemplos de agências reguladoras a Agência Nacional de Telecomunicação - ANATEL, Agência de Energia Elétrica - ANEEL, Agência Nacional do Cinema - ANCINE, Agência Nacional de Aviação Civil - ANAC, Agência Nacional de Transportes Aquaviários - ANTAQ, Agência Nacional de Transportes Terrestres - ANTT, Agência Nacional do Petróleo, Gás natural e Biocombustíveis - ANP, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e Agência Nacional de Águas - ANA.

2.1. AGÊNCIA NACIONAL DE SAUDE SUPLEMENTAR - ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada a partir de Lei nº. 9.961 de 28 de janeiro de 2000. É uma autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil. Autarquia especial é caracterizada por autonomia administrativa, patrimonial, financeira, de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

A ANS tem como missão, promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto

às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país. Sua visão é ser reconhecida como indutora de eficiência e qualidade na produção de saúde, e seus valores são, institucionais a transparência e ética dos atos, o conhecimento como fundamento da regulação, o estímulo à inovação para busca de soluções e sustentabilidade setorial e o foco no compromisso social.

3. MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

A Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, classifica como saúde suplementar o serviço prestado por pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais, podendo o preço ser fixando antes ou depois da prestação do serviço, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor.

Portanto, pode-se dizer que o mercado de saúde suplementar corresponde a todas as empresas que são especializadas em seguros saúde.

Segundo a ANS, os planos de saúde tiveram origem no período colonial, no século XVI com a criação de hospitais da Santa Casa da Misericórdia, porém só no século XX que surgiram as oportunidades de exploração econômica das atividades de assistência a saúde.

Ainda de acordo com a ANS, as atividades de saúde suplementar no Brasil iniciaram na década de 1960, quando algumas empresas começaram a oferecer assistência à saúde aos seus funcionários, sem nenhum tipo de regulação pública. Criaram Caixas de Aposentadorias e Pensões para os funcionários. Essas caixas de assistências, maneira pela qual eram conhecidas na época, funcionavam como fundos geridos e financiados por patrões à empregados que, além de garantirem as aposentadorias e pensões, conforme destaque em suas denominações, também

financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes. Mais tarde esse tipo de serviço seria considerado como modalidade operadora de auto-gestão.

Com o passar dos anos, algumas empresas notaram que esse mercado de saúde suplementar poderia ser melhor explorado e com isso surgiram as empresas especializadas em serviços de saúde.

A regulamentação dos planos e seguros-saúde no Brasil começou no fim dos anos noventa.

Para Nitão, (2004, p.02),

A característica principal do mercado de saúde suplementar é a natureza contratual entre atores e uma demanda em função da renda das famílias e da inserção no mercado de trabalho. Esta complexa relação envolve a intermediação de terceiros – contratos entre indivíduos e famílias/empresas com operadoras de planos de saúde, além de programas suplementares de saúde de autogestão, patrocinados por empresas, públicas e privadas; ambas recebendo o subsídio financeiro indireto da isenção fiscal de pessoas físicas ou jurídicas que contratam estes planos.

Portanto, as operadoras de saúde são pessoas jurídicas, que recebem dinheiro de seus usuários, e repassam os valores aos médicos, dentista, hospitais, clinica, entre outros que prestação serviços de assistência médica/hospitalar. As operadoras de saúde existem para ajudar no acesso aos serviços de saúde privada, uma vez que no Brasil é um tanto complicado depender apenas dos serviços de saúde pública.

As operadoras que estão segmentadas ao setor de saúde suplementar são classificadas em diversas modalidades no mercado, atuando como: I – Administradora, II – Cooperativa médica, III – Cooperativa odontológica, IV – Autogestão, V – Medicina de grupo, VI – Odontologia de grupo, VII – Filantropia.

De acordo com Nitão, (2004, p.40),

“essas nomenclaturas visam a atender os vários requisitos legais e regulamentares diferenciados e exigidos pela ANS para a atuação das diversas modalidades e segmentos de operadoras, com implicações sobre o tipo de informações que devem ser fornecidas periodicamente do seu desempenho assistencial e constituição das garantias financeiras.”

Conforme RDC Nº 39, de 27 de outubro de 2000, que dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, as características societárias e de operação de planos de saúde das operadoras no Brasil são:

- I. **Administradora** - Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos;
- II. **Cooperativa médica** - Classificam-se na modalidade de cooperativa médica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde. Constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, celebram contrato de sociedade cooperativa as pessoas que reciprocamente se obrigam a contribuir com bens ou serviços para o exercício de uma atividade econômica, de proveito comum, sem objetivo de lucro;
- III. **Cooperativa odontológica** - Classificam-se na modalidade de cooperativa odontológica as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, que operam exclusivamente Planos Odontológicos constituídas conforme o disposto na Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971;
- IV. **Autogestão** – A pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seguintes beneficiários: sócios da pessoa jurídica, administradores e ex-administradores da entidade de autogestão, empregados e ex-empregados da entidade de autogestão, aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão, pensionistas dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores, grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores;
- V. **Medicina de grupo** – Classificam-se na modalidade de medicina de grupo as empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades Administradora, Cooperativa médica, autogestão e filantropia;

VI. Odontologia de grupo – Classificam-se na modalidade de odontologia de grupo as empresas ou entidades que operam exclusivamente Planos Odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa odontológica;

VII. Filantropia – Classificam-se na modalidade de filantropia as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como da declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente.

A definição de Administradora foi revogada pela RN nº. 196 de 14 de julho de 2009, e a definição de Autogestão foi revogada pela RN nº 137 de 14 de novembro de 2006. E posteriormente pela RN nº 148 de 03 de março de 2007.

As empresas ou entidades que exercem a assistência à saúde, e desejam requerer autorização definitiva de funcionamento operando planos, deverão, essencialmente, enquadrar-se em um dos tipos de atenção, segmentação e classificação, conforme disposto nos Capítulos II, III e IV da Lei RDC Nº 39/2000.

3.1. REGULAMENTAÇÃO DO MERCADO DE SAÚDE ANTES E DEPOIS DA LEI 9.656/98

O conjunto de procedimentos ao qual o consumidor tem direito, previsto na Lei nº 9.656/98 e nos contratos firmados com as operadoras, chama-se cobertura assistencial. O Ministério da Saúde assim como a ANS informam que para conhecer bem seu plano de saúde, devem-se ficar atentos á:

- Época de contratação;
- Tipo de plano contratado;
- Cobertura assistencial obrigatória;
- Vigência do contrato.

Conforme a data da contratação do plano, ele fica classificado como: Antigo, Novo ou Adaptado. Para o Ministério da Saúde, assim como a ANS,

Planos antigos – São aqueles contratados antes da Lei nº 9.656/98, ou seja, antes de 02/01/1999. Como são anteriores à legislação, a cobertura é exatamente a que consta no contrato e as exclusões estão expressamente relacionadas;

Planos Novos – São planos contratados a partir de 02/01/1999 e comercializados de acordo com as regras da Lei nº 9.656/98, que proporcionam aos consumidores a cobertura assistencial definida pela ANS relativa a todas as doenças reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), além de outras garantias.

Planos Adaptados – São aqueles planos firmados antes de 02/01/1999 e, posteriormente, adaptados às regras da Lei nº 9.656/98, passando a garantir ao consumidor a mesma cobertura dos planos novos.

A cobertura mínima obrigatória é válida para planos de saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, e é revisada a cada dois anos.

Abaixo o quadro da Agência Nacional de Saúde Suplementar com os principais avanços da cobertura com o surgimento da Lei nº 9.656/98.

QUADRO 1: AVANÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE

	Planos Antigos	Planos Novos ou Adaptados
Limitações na quantidade de consultas e quanto a dias de internação e o número de procedimentos	Muitos planos de saúde limitavam o atendimento para consultas médicas por ano e principalmente para internações, determinando um número de dias fixos para internação, ou para sessões de fisioterapia.	Todos os procedimentos são ilimitados, inclusive consultas, dias de internação em CTI, exames, sessões de fisioterapia, e outros, com exceção dos Transtornos psiquiátricos.
Doenças preexistentes ou congênitas	Os contratos podiam excluir totalmente a cobertura de doenças preexistentes ou congênitas.	As operadoras são obrigadas a tratar de consumidores com doenças preexistentes ou congênitas. Ao assinar o contrato, o consumidor preenche um formulário, orientado por um médico, declarando ser ou não portador de doença ou lesão preexistente (DLP) ou congênita.

AIDS e Câncer	Muitos planos de saúde simplesmente excluía o tratamento dessas doenças.	A cobertura para essas doenças é obrigatória, nos limites do plano contratado (ambulatorial e hospitalar). Se o consumidor já era portador quando adquiriu o plano de saúde, essas doenças serão consideradas preexistentes.
Pessoas Portadoras de Deficiência	Os planos de saúde não eram obrigados a oferecer cobertura para pessoas portadoras de deficiência.	A Lei assegura que ninguém pode ser impedido de participar de um plano de saúde por ser portador de qualquer tipo de deficiência.
Transtornos psiquiátricos	Poucos planos de saúde cobriam procedimentos psiquiátricos. Os pacientes com transtornos mentais, inclusive os dependentes químicos (alcoólatras e viciados em drogas), não tinham acesso ao tratamento básico de saúde mental.	A Lei prevê o atendimento aos portadores de transtornos mentais, inclusive nos casos de intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência química. As operadoras devem cobrir lesões decorrentes de tentativas de suicídio.
Transplantes de rim e córnea	Os planos de saúde excluía, em geral, qualquer tipo de transplante.	Os planos com cobertura para internação hospitalar cobrem transplantes de rim e córnea, incluindo despesas com doadores vivos, medicamentos usados na internação, acompanhamento clínico no pós-operatório, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.
Órteses e próteses	A maioria dos planos de saúde excluía a cobertura de qualquer tipo de órtese ou prótese.	É obrigatória a cobertura de órteses, próteses e seus acessórios, ligados ao ato cirúrgico, nos planos com Cobertura para internação hospitalar, desde que não tenham finalidade estética.
Fisioterapia	Tratamentos de fisioterapia eram excluídos ou limitados a poucas	Quando indicado pelo médico assistente do consumidor, o tratamento

	sessões.	de fisioterapia é de cobertura obrigatória e em número ilimitado.
Distúrbios Visuais (Miopia, Hipermetropia e Astigmatismo)	A maioria dos planos de saúde excluía qualquer cirurgia para tratamento de distúrbios visuais.	É obrigatória a cobertura de cirurgias refrativas para pessoas com grau de miopia igual ou superior a 7.
Obesidade mórbida	Raramente os planos de saúde cobriam cirurgias para o tratamento de obesidade mórbida.	Quando indicadas por médico assistente do consumidor, é obrigatória a cobertura de cirurgias para tratamento de obesidade mórbida.
Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão	Poucos Planos de Saúde cobriam quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão, em geral com limitações de número de sessões.	A cobertura é obrigatória nos planos com cobertura ambulatorial, quando realizada em nível ambulatorial; nos planos com cobertura hospitalar, quando realizada durante a internação.
Acompanhante	Não havia regulamentação na matéria, ficando a critério de cada operadora a definição da cobertura.	A Lei obriga as operadoras de planos de saúde a oferecer cobertura para acompanhantes de pacientes menores de 18 anos, idosos a partir do 60 anos de idade; e pessoas com deficiência.
Dengue / Febre Amarela e Malária	A maioria dos contratos antigos não cobria doenças infecto-contagiosas ou epidemias como dengue, febre amarela e malária.	É obrigatória a cobertura assistencial para estas doenças em todos os planos.
Acidentes de trabalho	Em geral havia a exclusão de acidentes de trabalho e suas conseqüências; de moléstias profissionais e de procedimentos relacionados com a saúde ocupacional, tanto em planos individuais como em planos coletivos.	Nos planos individuais (contratados por pessoa física), é obrigatória a cobertura para os procedimentos relacionados com os acidentes de trabalho e suas conseqüências, para moléstias profissionais, assim como para os procedimentos relacionados com a saúde ocupacional. Nos planos coletivos (contratados por

		pessoa jurídica), a cobertura é facultativa.
--	--	---

Fonte: Guia "Plano de Saúde - Conheça seus Direitos" – Cobertura Assistencial 2005.

E interessante ficar atento as novas resoluções normativas que substituem as antigas, buscando melhorar a regulamentação do mercado de saúde e melhor atender os beneficiários.

A revisão é feita por um grupo técnico, constituído por representantes de entidades de defesa ao consumidor, operadoras de plano de saúde, profissionais de saúde que trabalham com planos de saúde e técnicos da ANS. Assim que o grupo se reúne, é construída uma proposta e em seguida é aberta uma consulta pública para avaliação e participação de todos os interessados, através do site da ANS.

A última Consulta Pública para revisão foi a 59, aberta de 19/06/2015 a 18/08/2015.

No site da ANS, após a revisão, foram publicados para 2016, 21 (vinte e um) novos procedimentos de cobertura obrigatória e 1 (um) medicamento oral para tratamento domiciliar de câncer, essa cobertura é válida a partir do primeiro dia útil de janeiro de 2016. Relembrando que essa nova cobertura engloba os planos novos e adaptados, conforme define a Lei nº 9.656/98.

É importante saber também que há diferenças entre os planos ofertados no mercado, quanto ao tipo de contratação, pode ser individual/familiar, que são planos contratados pelo beneficiário com ou sem um grupo familiar, ou planos coletivos, que são divididos em empresarial ou coletivo por adesão, o plano empresarial, é contratado por pessoas com vínculo empregatício ou estatutário, o coletivo por adesão, é contratado por pessoas que tem vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional.

Veremos, conforme orienta a ANS, as diferenças e particularidades entre os planos de saúde.

Dependendo do tipo de plano de saúde, ele pode ser contratado, se for individual ou familiar, por qualquer pessoa, se for coletivo por adesão, apenas pessoa que mantenha vínculo com determinada pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, já se for um coletivo empresarial, o plano pode ser contratado por grupo de pessoas vinculado à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

Quanto a Carência, para individual/familiar ela pode ser até 24 horas para urgência e emergência; 180 dias para demais casos (por ex.: procedimentos de internação); e 300 dias para parto a termo. Para plano coletivo por adesão, não há carência, se o beneficiário ingressar no plano em até trinta dias da celebração de contrato coletivo ou do aniversário, para os novos filiados e para o plano coletivo empresarial, não há carência, se o número de participantes for igual ou superior a trinta beneficiários e o ingresso no plano se dê em até trinta dias da celebração do contrato ou da vinculação à Pessoa Jurídica.

Sobre a cobertura em caso de doenças preexistente, para plano empresarial não pode haver, desde que o número de participantes seja igual ou superior a trinta beneficiários e que o beneficiário ingresse no plano em até 30 dias da celebração do contrato ou da vinculação à Pessoa Jurídica. Para individual/familiar, pode haver estabelecimento de suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos nos casos de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) por 24 meses. No plano coletivo por adesão segue a mesma normativa do plano individual/familiar.

A cobrança do plano individual/familiar, são feitas diretamente ao beneficiário do plano enquanto no plano coletivo empresarial e o coletivo por adesão, são cobrados da pessoa jurídica, que por sua vez cobra do beneficiário.

A rescisão do contrato de plano de saúde coletivo por adesão ou o coletivo empresarial, pode ser feito desde que haja previsão em contrato. A pessoa jurídica deve ser notificada com antecedência mínima de 60 dias. Já o plano individual/familiar pode haver o cancelamento por não pagamento da mensalidade ou fraude. O beneficiário deve ser notificado sobre o cancelamento e motivo.

Indiferente do tipo de plano escolhido deve-se observar as diferenças quanto à cobertura, carência, cobrança, segmentação entre outros aspectos, o beneficiário deve sempre estar sempre atento ao que esta sendo adquirido para não ter surpresas futuras.

3.2. SITUAÇÃO ATUAL DO MERCADO DE SAÚDE

O mercado de a saúde vem crescendo a cada ano, recentemente a Agência Nacional de Saúde Suplementar divulgou o resultado desse crescimento.

Atualmente existem 48,6 milhões de beneficiários de planos médico-hospitalares e 21,9 milhões em planos odontológicos, esses números representam um crescimento de 0,82% para a segmentação em relação ao mês de abril de 2016.

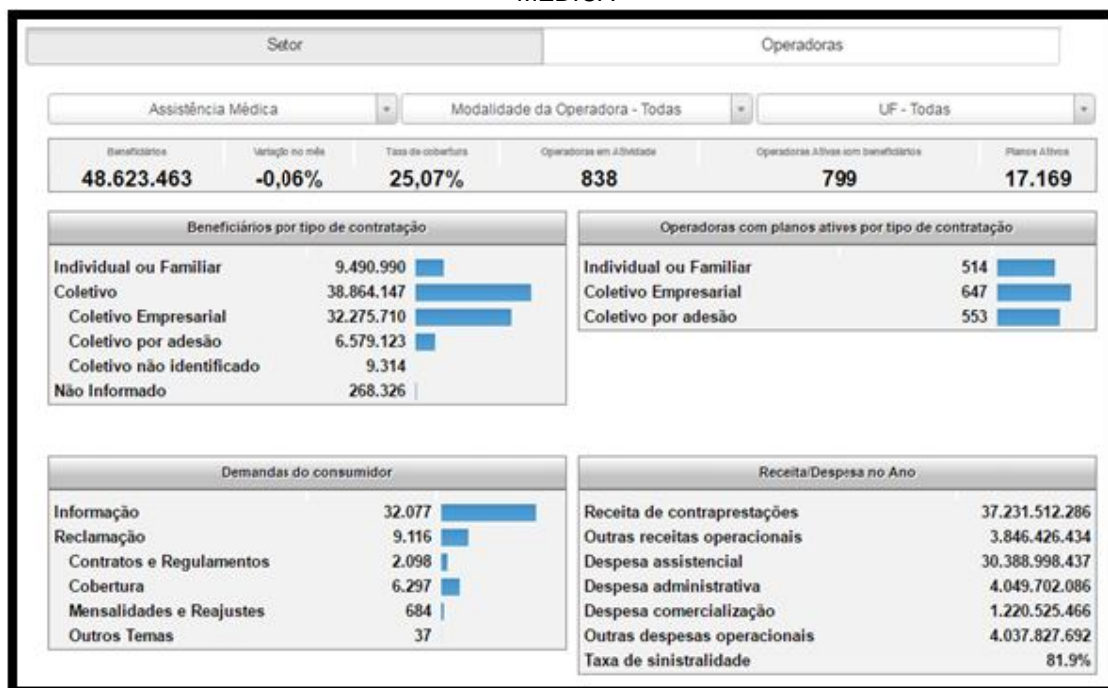
Abaixo demonstrativo da ANS, com o comparativo do crescimento e de abril e maio de 2016 (FIGURA 1, 2 e 3).

FIGURA 1: QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

Planos de assistência médica				
Competência	Beneficiários Total	Beneficiários em planos individuais	Beneficiários em planos coletivos empresariais	Beneficiários em planos coletivos por adesão
Abril	48.654.246	9.518.885	32.269.736	6.585.694
Maio	48.623.463	9.490.990	32.275.710	6.579.123
Planos de assistência exclusivamente odontológica				
Competência	Beneficiários Total	Beneficiários em planos individuais	Beneficiários em planos coletivos empresariais	Beneficiários em planos coletivos por adesão
Abril	21.749.012	3.647.813	16.220.175	1.829.717
Maio	21.926.664	3.658.343	16.385.028	1.832.727

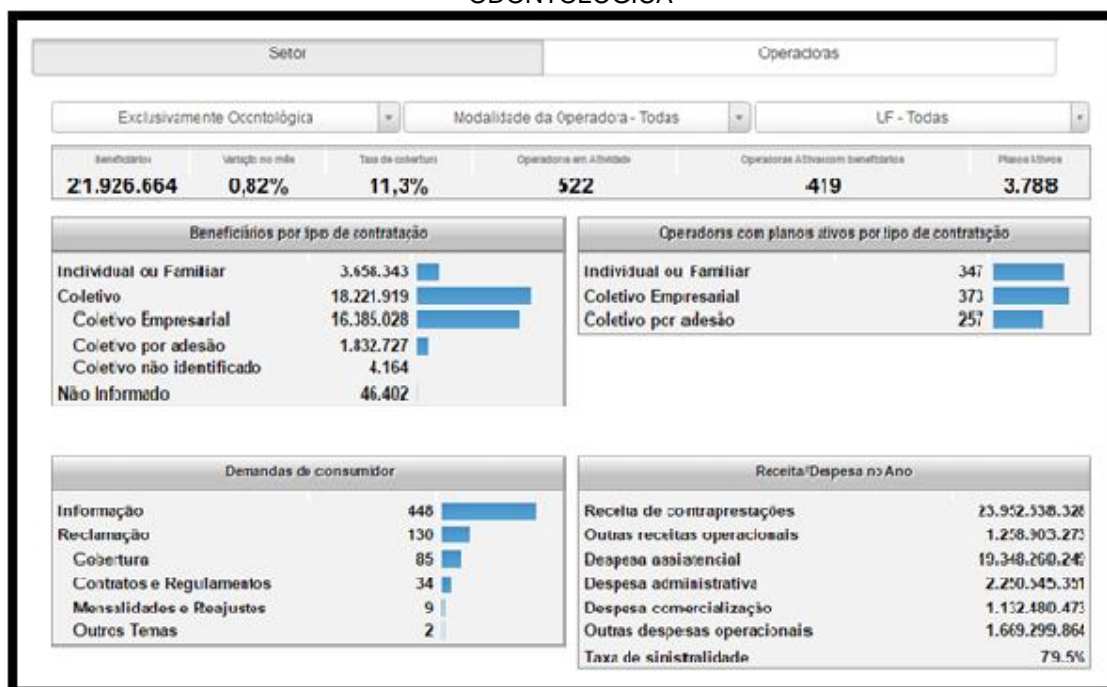
Fonte: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/3362-ans-divulga-numeros-de-beneficiarios-de-planos-de-saude-referentes-a-maio-2016#sthash.qO0xMTWf.dpuf>

FIGURA 2: QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE – ASSISTÊNCIA MÉDICA



Fonte: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>

FIGURA 3: QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE – EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA



Fonte: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>

Outro apontamento, que aparece com crescimento nos meios de comunicação é a procura pelo Sistema Único de Saúde (SUS), as pessoas buscam

aquilo que os planos de saúde não oferecem, ou até mesmo para evitar gastos quanto aos planos de co-participação, planos estes que o funcionário paga uma porcentagem pelo seu uso.

De acordo com a ANS,

... a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que não é correto afirmar que a procura pelo SUS cresceu 35,7% entre os beneficiários de planos de saúde. O tal percentual refere-se ao número de procedimentos identificados em 2015 em relação aos verificados em 2014. É importante destacar que o aumento no número de procedimentos identificados não significa, necessariamente, o aumento da utilização do SUS por beneficiários de planos de saúde. Reflete também o início da cobrança pela realização de procedimentos de alta complexidade e a melhoria nos processos internos da ANS. (ANS 13/06/2016).

O que podemos verificar, é que mesmo com o aumento de beneficiários tanto pra planos de saúde hospitalares, quanto para os odontológicos, ainda existe a procura pelo sistema único de saúde – SUS, indiferente de qual seja o motivo, sendo que os principais são pela procura do que o plano não fornece a economia com gastos extras. Hoje no Brasil existem 838 operadoras de Assistência Médica em atividade, porém 799 estão ativas com beneficiários, e 17.169 são o total de planos ativos, já os planos odontológicos somam um total de 3.788 planos ativos, sendo 522 operadoras em atividade e dessas 419 ativas e com beneficiários.

4. O QUE PRECISA PARA TORNAR-SE UMA OPERADORA

4.1. COMO OBTER AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO

Uma empresa para atuar no setor de planos de saúde, antes de tudo ela precisa ter autorização de funcionamento registrada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Essa autorização é solicitada através de documentos enviados a ANS e identificados como “Solicitação de Registro de Operadora”. Existe uma lista no site da ANS, dos documentos mínimos necessários para a solicitação do registro. Com os documentos em mão a ANS verifica se está tudo em conformidade com o que é pedido, essa verificação é feita pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, caso a documentação não esteja em conformidade a ANS

emite um ofício informando que a documentação não foi aceita, e a correção dos documentos. Com a documentação completa a ANS procede à abertura do processo de solicitação de registro da operadora. Considerando a operadora apta, a ANS informa o responsável da empresa solicitante através de ofício e pode ser verificada no site da ANS.

As empresas devem ficar atentas quanto ao capital necessário e obrigatório que a ANS exige o Patrimônio Mínimo Ajustado – PMA, esse por sua vez representa o valor mínimo do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social da operadora, ajustado por efeitos econômico. O objeto social da pessoa jurídica deve ser exclusivamente o relacionado à assistência à saúde suplementar.

Conforme a RN N° 85, de 7 de dezembro de 2004;

... O procedimento de registro da operadora por si só não autorizará a mesma a iniciar suas atividades de comercialização ou disponibilização de seus produtos, estando sujeita às penalidades cabíveis. Recebido o registro de operadora, a pessoa jurídica deverá observar a legislação de saúde suplementar e sua regulamentação normativa, no que lhe for aplicável, especialmente no que diz respeito ao envio das informações periódicas exigidas e adoção do Plano de Contas Padrão da ANS.

O prazo para a análise do pedido é 60 dias, contado a partir da data de entrega dos documentos necessários, protocolada na ANS.

Após esse processo a operadora entra com o a solicitação dos produtos que pretende comercializar.

Nessa solicitação serão apuradas as características do plano de saúde, deve ser informado o nome comercial do plano, tipo de contratação, segmentação assistencial e a abrangência geográfica, as características por sua vez deverão estar em conformidade com a legislação. Os produtos deverão ser apresentados junto com o comprovante de pagamento de Taxa de Registro de Produto – TRP, para Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIOPRO.

A RN N° 85, de 7 de dezembro de 2004 ainda informa que:

O registro será autorizado quando presentes todos os requisitos para sua concessão, sendo o mesmo incorporado ao Sistema RPS da DIPRO com um número que passará a ser a identificação do plano de assistência à saúde junto à ANS.

O Sistema de Registro de Plano de Saúde RPS é um aplicativo de envio das solicitações de registro de planos de saúde. Conforme o manual da RPS, através do sistema pode-se cadastrar os planos, suas características, os estabelecimentos de

saúde que constituem suas redes credenciadas, além de informar a nota técnica e o documento referente ao pagamento da taxa de registro do plano.

Após finalizar o cadastramento da solicitação do registro de planos de saúde, o RPS libera a geração do arquivo para ser enviado e processado pela ANS.

4.2. CONTRATAÇÃO DE PRESTADORES DE SERVIÇOS

A Lei 13.003 de 25 de junho de 2014 que altera a Lei 9.656/98 foi criada para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. Em virtude disso, foi publicado pela ANS três Resoluções Normativas e duas Instruções Normativas, que regulamentam e detalham como deve ser seguida a Lei 13.003/2014, são elas:

- RN 363/2014: que dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras e os prestadores de serviços de atenção à saúde;
- RN 364/2014: que dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela ANS – a ser aplicado pelas operadoras aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas;
- RN 365/2014: dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares;
- IN DIDES 56/2014: regulamenta a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras; e
- IN DIDES 61/2015: dispõe sobre regulamentação do Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para prestadores de serviços hospitalares.

Prestadores de Serviços são todos aqueles que fazem parte de sua rede conveniada ou credenciada, hospitais, clínicas, profissionais de saúde autônomos, serviços de diagnóstico por imagem e laboratórios.

A RN nº 363, de 11 de dezembro de 2014, que complementa a Lei 13.003/14, determina que o contrato deva ser redigido com clareza, especificando as

responsabilidades e obrigações de ambas as partes, deve haver também cláusulas que indiquem:

- Objeto, a natureza do contrato, discriminando os serviços contratados;
- Definição dos valores dos serviços contratados, critérios, forma e periodicidade do seu reajuste, prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços prestados;
- Identificação dos atos, eventos e procedimentos assistenciais que necessitem de autorização da operadora;
- Vigência do contrato e dos critérios e procedimentos para prorrogação, renovação e rescisão;
- Penalidades pelo não cumprimento das obrigações estabelecidas.

Em alguns contratos pode incorrer os casos de glosa, prazos para a contestação e o tempo de resposta da operadora.

Segundo a Cartilha de Contratualização - Glosa da ANS,

a Glosa na saúde suplementar é quando o plano de saúde suspende pagamento de serviços contratados, tais como: consultas; atendimentos; medicamentos; materiais ou taxas cobradas por hospitais; clínicas; laboratórios; outros profissionais de saúde conveniados.

Podemos dizer que glosa nada mais é que toda cobrança feita diferente do que foi firmada em contrato, por isso a suspensão do pagamento.

Todas as cláusulas estabelecidas em contrato entre a operadora e os prestadores de serviços devem ser discutidas livremente, buscando o consenso no conteúdo, principalmente quanto aos serviços que serão contratados e os valores cobrados.

Conforme ANS existem regras de contratualização entre prestadores e operadoras. Caso haja algum desacordo entre ambas as partes, o reclamante pode apresentar uma denúncia por escrito à ANS, com a identificação do denunciante e do denunciado informando:

- I. Nome, telefone e endereço para recebimento de correspondências e o endereço eletrônico;
- II. Número de inscrição no CPF/MF ou no CNPJ/MF;
- III. Nome, número de registro na ANS nos casos de operadoras de planos privados de assistência à saúde.
- IV. Cópia do instrumento contratual a que se refere à denúncia, acompanhada de cópia de eventuais termos aditivos;

- V. Identificação das cláusulas contratuais em desacordo com a legislação de saúde suplementar vigente (disposições da RN nº 363/14 que foram infringidas);
- VI. Declaração do prestador de serviço de saúde de que não houve acordo entre as partes quanto à definição do reajuste ao término do período de negociação nos casos de aplicação das disposições da RN nº 364/14.

A ANS pode fiscalizar e penalizar também, caso exista e prestação de serviço sem o contrato por escrito obrigatório, nesses casos o reclamante pode informar os itens I, II e III descritos acima, encaminhando os documentos que comprovem a prestação de serviço junto à operadora.

Independente das situações citadas seja contrato em desacordo com a lei ou prestação de serviço sem contrato, quando identificada à infração, será aplicada a punição descrita na RN nº 124 de 30 de março de 2006,

Art. 43. Deixar de cumprir as regras estabelecidas para formalização dos instrumentos jurídicos firmados com pessoa física ou jurídica prestadora de serviço de saúde:
Sanção – advertência;
multa de R\$ 35.000,00.

Para os prestadores sem contrato, ainda perdem todos os benefícios de reajustes e questionar valores glosas.

Independente de como a operadora contrata seus prestadores, é dela a responsabilidade pela manutenção de toda a rede de prestadores oferecida aos seus beneficiários.

4.3. GARANTIAS FINANCEIRAS MINIMAS PARA OPERAR NO MERCADO

Toda operadora necessita ter um mínimo de capital para atuar no mercado de saúde suplementar, conforme RN nº 209, de 22 de dezembro de 2009,

Art. 2º Considera-se Recurso Próprio Mínimo o limite do Patrimônio Líquido ou Patrimônio Social ajustado por efeitos econômicos, conforme estabelecido em regulamentação específica a ser editada pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE, o qual deverá ser observado pelas OPS, a qualquer tempo, de acordo com os critérios de Patrimônio Mínimo Ajustado e Margem de Solvência.

O Patrimônio Mínimo Ajustado – PMA é calculado a partir de uma tabela chamada Tabela K, que tem como referência um Capital Base, esse capital é reajustado anualmente em julho pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA. A tabela K, além de evidenciar o capital base, apresenta também o tipo de serviço da operadora, e a região de comercialização.

Abaixo o histórico da atualização do Capital Base.(FIGURA 4).

FIGURA 4 - HISTÓRICO DE ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL-BASE

Início de vigência	Valor do capital-base para cálculo do PMA	IPCA acumulado
07/2016	R\$ 7.908.387,51 (sete milhões, novecentos e oito mil, trezentos e oitenta e sete reais e cinquenta e um centavos)	8,84%
07/2015	R\$ 7.266.067,17 (sete milhões, duzentos e sessenta e seis mil, sessenta e sete reais e dezessete centavos)	8,89%
07/2014	R\$ 6.672.850,74 (seis milhões, seiscentos e setenta e dois mil, oitocentos e cinquenta reais e setenta e quatro centavos)	6,52%
07/2013	R\$ 6.264.411,13 (seis milhões, duzentos e sessenta e quatro mil, quatrocentos e onze reais e treze centavos)	6,70%
07/2012	R\$ 5.871.050,73 (cinco milhões, oitocentos e setenta e um mil e cinquenta reais e setenta e três centavos)	4,92%
07/2011	R\$ 5.595.740,31 (cinco milhões, quinhentos e noventa e cinco mil, setecentos e quarenta reais e trinta e um centavos)	6,71%
07/2010***	R\$ 5.243.876,22 (cinco milhões, duzentos e quarenta e três mil oitocentos e setenta e seis reais e vinte e dois centavos)	4,84%
07/2009	R\$ 5.001.789,60 (cinco milhões, mil setecentos e oitenta e nove reais e sessenta centavos)	4,80%
08/2008**	R\$ 4.772.700,00 (quatro milhões, setecentos e setenta e dois mil e setecentos reais)	6,06%
07/2007*	R\$ 4.500.000,00 (quatro milhões e quinhentos mil reais)	-

<http://www.ans.gov.br/aans/nossos-servicos/303-ipca-de-referencia-para-atualizacao-do-capital-base-do-pma>

Já a Margem de Solvência é a suficiência do Patrimônio Líquido ou PMA, para cobrir as obrigações conforme a legislação específica. Considera uma empresa solvente, quando ela consegue liquidar suas despesas e ainda apontar uma situação boa de seu patrimônio e perspectiva de lucro, garantindo assim sua permanência no mercado.

As operadoras de saúde com até um ano, não precisam apresentar os critérios de Margem de Solvência. Para as demais se devem seguir os critérios referentes à Resolução Normativa - RN 209/2009.

Outra obrigação que as operadoras devem seguir e que estava na RN 209/2009 e foi revogado pela RN nº 393 de 09 de dezembro de 2015, são as Provisões Técnicas.

Art. 3º As OPS deverão constituir, mensalmente, atendendo às boas práticas contábeis, as seguintes Provisões Técnicas:

I - Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar - PESL, referente ao montante de eventos/sinistros já ocorridos e avisados, mas que ainda não foram pagos pela OPS;

II - Provisão para Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados – PEONA, referente ao montante de eventos/sinistros que já tenham ocorrido e que não tenham sido avisados à OPS;

III - Provisão para Remissão, referente às obrigações decorrentes das cláusulas contratuais de remissão das contraprestações/prêmios referentes à cobertura de assistência à saúde, quando existentes;

IV - Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas - PPCNG, referente à parcela de prêmio/contraprestação cujo período de cobertura do risco ainda não decorreu; e

V – outras Provisões Técnicas, necessárias à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro, desde que consubstanciadas em Nota Técnica Atuarial de Provisões – NTAP e aprovadas pela DIOPE, sendo de constituição obrigatória a partir da data da efetiva autorização.

Os cálculos da PEONA devem ser apurados pela operadora seguindo metodologia própria, porém aprovados pela ANS, ou por atuário legalmente habilitado e encaminhado para análise e aprovação da DIOPE. Sempre que necessário deve haver a substituição ou atualização da metodologia dos cálculos.

De acordo com o informativo da CTS Consultoria, (p. 07, 2013),

O profissional formado em Ciências Atuariais ou Atuário, trabalha com a análise e mensuração de riscos através de estatísticas e premissas econômicas calculando os riscos dos Planos de Saúde, Entidades de Previdência, Seguradoras e Instituições Financeiras. Para as operadoras, por exemplo, o atuário determina o valor das mensalidades, realiza estudos possibilitando uma visão antecipada para cenários futuros, permitindo inclusive adoções de estratégias que amenizam impactos para possíveis aumentos nos riscos. Além disso, adoção de ferramentas atuariais adequadas à realidade da operadora, possibilita o desenvolvimento de metodologia própria para cálculo das Provisões, inclusive, possíveis redução dos valores exibidos pela regulamentação.

Caso a operadora ainda não tenha metodologia aprovada pela ANS, o quadro abaixo mostra os percentuais pré-estabelecidos na RN 393/2015 e que podem ser utilizados (QUADRO 2, 3).

QUADRO 2: CÁLCULO DA PEONA – OPERADORAS DE GRANDE PORTE

	DESCRIÇÃO
1º	Total das contraprestações/prêmios nos últimos 12 meses – modalidade preço preestabelecido
2º	Total dos eventos indenizáveis nos últimos 12 meses – modalidade

	preço preestabelecido
3º	$9,5\% \times 1^\circ$
4º	$12\% \times 2^\circ$
5º	O valor da PEONA deve ser o maior valor entre os resultados do 3º e 4º

QUADRO 3: CÁLCULO DE PEONA – OPERADORAS DE MÉDIO E PEQUENO PORTE

	DESCRIÇÃO
1º	Total das contraprestações/prêmios nos últimos 12 meses – modalidade preço preestabelecido
2º	Total dos eventos indenizáveis nos últimos 12 meses – modalidade preço preestabelecido
3º	$8,5\% \times 1^\circ$
4º	$10\% \times 2^\circ$
5º	O valor da PEONA deve ser o maior valor entre os resultados do 3º e 4º

A RN nº 393/2015, considera o porte das operadoras como:

- Pequeno porte – inferior a 20 mil beneficiários;
- Médio porte – a partir de 20 mil e inferior a 100 mil beneficiários;
- Grande porte – a partir de 100 mil beneficiários.

Documentos que devem ser enviados obrigatoriamente acompanhados a metodologia, para comunicação a ANS são:

- Relatório Circunstanciado do Auditor independente, que trate sobre a autenticidade da base de dados utilizada pelo Atuário para o cálculo;
- A base de dados, contendo no mínimo 30 meses;
- Testes de consistência para a Peona.

Todas as bases de dados, cálculos, devem ser arquivadas, pois podem ser solicitadas a qualquer momento pela ANS.

Quanto as Provisões para Prêmios ou Contraprestações Não Ganhas – PPCNG se deve calcular o período de risco a decorrer, dividido pelo período total de cobertura.

$$\text{PPCNG} = \text{Contraprestação mensal} \times \frac{\text{período de risco a decorrer}}{\text{período total de cobertura do risco}}$$

Numa forma resumida, digamos que uma pessoa contratou o plano na metade do mês, ela vai pagar o valor total, porém a contabilização será feita, 15 dias dentro do mês, e os outros 15 dias será contabilizado no mês subsequente.

Como a operadora precisa fazer diversas provisões ela precisa mostrar que pode arcar com essas despesas, para isso conforme RN nº 392 de 09 de dezembro de 2015, dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências, ou seja, a operadora necessita ter uma reserva para garantia do pagamento de suas obrigações de provisões técnicas.

Ainda segundo a RN nº 392/2015, o art. 4º define, os ativos garantidores como:

- I. **Ativos Garantidores:** bens imóveis, títulos ou valores mobiliários de titularidade da operadora ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, que lastreiam as provisões técnicas;
- II. **Ativos Garantidores Vinculados:** a parte dos ativos garantidores que está vinculada à ANS por meio de centrais de custódia ou averbação em cartório competente e cuja movimentação está sujeita à aprovação prévia, conforme a regulamentação do sistema de saúde suplementar;
- III. **Ativos Livres:** bens imóveis, títulos e valores mobiliários de propriedade da operadora, registrados no seu ativo (balanço patrimonial), que não visam o lastro das provisões técnicas;
- IV. **Provisões Técnicas:** os valores contabilizados no passivo e que devem refletir as obrigações esperadas decorrentes da operação de planos privados de assistência à saúde, conforme regulamentação específica;
- V. **Custódia:** a centralização da manutenção escritural guarda e titularidade de títulos e valores mobiliários em centrais de custódia junto à BM & FBOVESPA, à Central de Custódia e de Liquidação

Financeira de Títulos – CETIP e ao Sistema Especial de Liquidação e Custódia – SELIC, de acordo com a espécie de ativo;

VI. Fundo de Investimento Dedicado ao Setor de Saúde Suplementar:

o fundo de investimento financeiro de aplicação preferencial das operadoras disponível em instituições financeiras conveniadas à ANS;

VII. Imóvel Assistencial:

bem imóvel de propriedade plena da operadora ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, destinado exclusivamente à instalação de consultório, clínica, hospital ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES;

VIII. Imóvel Operacional:

bem imóvel de propriedade plena da operadora ou de seu controlador, direto ou indireto, ou de pessoa jurídica controlada, direta ou indiretamente, pela própria operadora ou pelo controlador, direto ou indireto, da operadora, destinado exclusivamente para fim operacional, a exemplo da instalação de sede administrativa.

Os ativos garantidores devem ser registrados na ANS, e respeitar todas as orientações estabelecidas na resolução normativa.

Os valores dos ativos garantidores, limitam-se a:

- Imóveis operacionais, até 8% (oito por cento);
- Imóveis assistenciais, até 20% (vinte por cento);
- Quotas de fundos de investimento em participações, até o limite de 20% (vinte por cento), desde que o objeto de investimento do fundo seja exclusivamente a ampliação, reforma, modernização, compra ou construção de imóveis médico-hospitalares e de diagnósticos, bem como de ambulatórios e centros de atenção primária.

Caso a operadora queira em algum momento desvincular os ativos garantidores vinculados, deve seguir os modelos em anexo da RN 392/2015, informando qual é o ativo e o motivo da desvinculação, enviando carta à ANS.

A ANS exige as informações de liquidez das operadoras, o enquadramento em garantias financeiras, assim em suas demonstrações devem constar o Grau de Endividamento, Imobilizações do Patrimônio Líquido, Índice Combinado Ampliado,

índice Combinado, índice de Despesa Assistencial, índices de Liquidez Geral, Corrente, Necessidade de Capital de Giro, Rentabilidade.

O Índice de Liquidez Geral conforme a ANS especifica é quanto à operadora possui de aplicação de recurso em seu ativo circulante, não circulante e imobilizado, para cara R\$1 de endividamento total.

Método de Cálculo, conforme ANS.

$$I_{LG} = \frac{AC + RLP + API}{PC + ELP}$$

Definições

AC – ativo circulante, aplicações de recursos em curto prazo.

RLP – realizável a longo prazo, aplicações a longo prazo.

API – ativo permanente imobilizado, bens imóveis.

PC – passivo circulante, obrigações em curto prazo.

ELP – exigível a longo prazo, obrigações em longo prazo.

Quanto maior o indicador, melhor, representa que os recursos superam as obrigações.

O Índice de Liquidez Corrente representa os recursos do ativo circulante, para as obrigações do passivo circulante.

Método de Cálculo, conforme ANS.

$$I_{LC} = \frac{\textit{Ativo Circulante}}{\textit{Passivo Circulante}}$$

Quanto maior melhor, pois representa que a operadora possui recursos em curto prazo, maiores eu suas obrigações em curto prazo.

Já o Índice de Necessidade de Capital de Giro, segundo ANS, representa o quanto a operadora emprega de recursos curto prazo no financiamento de suas operações.

O Índice de Despesa Assistencial é o principal índice de custo para as operadoras, pois ele indica o quanto a operadora comprometeu-se em despesas assistências em relação ao faturamento.

Quando as operadoras não seguem as exigências da ANS, ela sofre as consequências, colocando em risco a sua continuidade no mercado.

O artigo 24 da Lei 9.656, informa que:

Sempre que detectadas nas operadoras sujeitas à disciplina desta Lei insuficiência das garantias do equilíbrio financeiro, anormalidades econômico-financeiras ou administrativas graves que coloquem em risco a continuidade ou a qualidade do atendimento à saúde, a ANS poderá determinar a alienação da carteira, o regime de direção fiscal ou técnica, por prazo não superior a trezentos e sessenta e cinco dias, ou a liquidação extrajudicial, conforme a gravidade do caso.

Por determinação da agência reguladora, todo ano as operadoras devem passar por avaliação de Auditoria Independente.

4.4. CONTABILIDADE ESPECIFICA ANS

Para padronizar os registros das operações do mercado de saúde suplementar, foram elaboradas Normas Contábeis pela ANS. Essas normas foram criadas com o objetivo de monitorar a solvência do mercado de saúde e garantir aos beneficiários o atendimento dos planos contratados.

Como todas as Demonstrações Financeiras tem como objetivo mostrar a situação das empresas e ajudam para tomada de decisão, as das operadoras não são diferentes. Essas demonstrações além de retratar a situação financeira da operadora discriminam os elementos patrimoniais em: - Ativo: que são os recursos controlados pela entidade; - Passivo: obrigações presente da entidade; - Patrimônio Líquido: resultado do ativo deduzindo o passivo; - Receita: entrada de recursos, aumento dos benefícios econômicos; - Despesas: saída de recursos, diminuição dos benefícios econômicos.

A receita deve obedecer ao regime de competência, ela acontece quando a entidade presta um serviço de risco e cobre esse serviço, os planos têm contratos anuais, porém com pagamentos mensais, e esses devem ser registrado no dia em que inicia a vigência mensal, tanto para planos individuais quanto para coletivos. Esse registro é efetuado na conta do passivo que utiliza a nomenclatura de PPCNG - Provisão para Prêmios/Contraprestações Não Ganhas, ou seja, o não ganha é o período que ainda vai ocorrer. A ANS indica que as receitas devem ser registradas

mediante a nota fiscal e não apenas pelo boleto de cobrança. Sobre cancelamentos, não pode haver sobre o período prestado.

Para ANS, conforme manual contábil,

Receita de serviço prestado não é passível de estorno.

A receita é registrada pelo regime de competência, o que não tem nenhuma relação com recebimento de contraprestação ou recebimento do prêmio.

A contraprestação ou o prêmio podem ser recebidos, antes, durante ou depois do período de cobertura contratual, mas a receita deve ser reconhecida especificamente no período de cobertura, que é a receita relacionada ao serviço prestado pelo mercado de saúde.

Para inadimplência, o registro será estornado do PPCNG e ajustado para o contas a receber, conta de Provisão de Riscos sobre Créditos. Não haverá ajuste nas contas de receita. A ANS ainda indica que a receita de contraprestação e receita de prêmios só poderá ser cancelada em caso de erro, podendo ser efetuado o estorno, uma emissão indevida, o que não deverá ser costumeiro.

Quanto às despesas com eventos, o manual da ANS explica que eventos são os gastos incorridos para a prestação de serviço do beneficiário. Elas podem ser de rede própria, quando a operadora possui rede assistencial, ou seja, consultórios, ambulatorios, hospitais, entre outro, operando com o mesmo CNPJ, ou rede conveniada, outras operadoras e SUS.

Para atendimentos em rede própria a operadora deve precificar todos os atendimentos para que no final do mês ela tenha um valor aproximado dos custos para que possam ser rateados, e assim emitir e registrar a receita.

Pagamento para rede conveniadas é feito através de emissão de notas fiscais. Já para outra operadora pode haver a Taxa de Intercambio Eventual, isso ocorre quando o beneficiário é atendido em um local diferente da região de operação da operadora contratada, ou por acordo entre as operadoras.

Conforme ANS,

Essa operação não caracteriza receita ou despesa para a operadora que efetua o atendimento em relação ao valor que será ressarcido pela operadora que detém o risco, haverá somente a receita relativa à taxa de administração cobrada por esse atendimento eventual.

Constituído a partir do artigo 32 da Lei nº 9.656/98 e regulamentado pelas normas da ANS, as operadoras tem a obrigação de restituir ao SUS, os procedimentos prestados ao beneficiário que possui plano de saúde.

Art. 32. Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos

dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS.

Através do cruzamento de dados entre sistemas, a ANS verifica quais beneficiários de plano de saúde, utilizaram os serviços do SUS, e que os serviços são cobertos pelo plano, excluindo aqueles sem cobertura. É avisada a operadora do atendimento, a qual pode contestar administrativamente, se o atendimento não tiver cobertura é anulada, e se tiver tudo correto, segue a cobrança.

A cobrança é informada a operadora, e ela tem 15 dias para pagamento ou parcelamento. Em caso do não pagamento ou o não aviso do parcelamento dentro do prazo, a operadora pode ser inscrita no Cadastro Informativo Estadual – CADIN, este órgão é destinado à inclusão das dívidas das pessoas físicas e jurídicas perante órgãos e entidades da administração pública direta, indireta e paraestatal, é inscrita também em dívida ativa da ANS e à execução judicial. O ressarcimento ao SUS será cobrado de acordo com os valores praticados pelo SUS multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento – IVR, conforme artigo 6º da RN nº 358, de 27 de novembro de 2014.

Ainda de acordo com a RN nº 358, de 27 de novembro de 2014, Art. 36. Os valores recolhidos pelas Operadoras de Plano de Saúde a título de ressarcimento ao SUS serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde - FNS pela ANS.

Muitos beneficiários não sabem que se utilizarem os serviços de saúde do SUS a operadora de plano de saúde arca com os gastos, muitos beneficiários utilizam os serviços do SUS tanto para ter certa economia, quando seu plano é co-participativo, ou até mesmo pela possível demora de uma consulta, dependendo da especialidade que procura, uma consulta no plano de saúde pode demorar tanto quanto a do SUS.

Sobre o plano de contas próprio que deve ser usado no mercado de saúde, as normas estão publicadas na RN nº 390 de 02 de dezembro de 2015. O plano de contas possui três códigos diferentes e que totalizam 13 dígitos.

O manual contábil da ANS, explica que o primeiro código, que é composto dos primeiros cinco dígitos, começando da esquerda para a direita, denota:

- 1º dígito – a classe;
- 2º dígito – o grupo;
- 3º dígito – o subgrupo;
- 4º dígito – a conta;

- 5º dígito – a subconta.

Com o objetivo de segregar as operações em relação aos produtos o 5º dígito indica pelo algarismo 1 as contas de Assistência Médico-Hospitalar e 2 as Assistências Odontológicas.

O segundo código, que começa com o 6º dígito, é o que indica a modalidade de pagamento dos contratos, sendo os de algarismo 1 pagamento com preço pré-estabelecido e 2 preço pós estabelecido.

O 7º dígito é utilizado da seguinte maneira: algarismo 0 para operadoras e seguradoras em geral, algarismo 1 para as cooperativas principais e 2 para as auxiliares e algarismo 7 para não cooperativos.

Já os dígitos 8º e 9º a codificação é prevista pela ANS.

O terceiro código é usado para abertura de subcontas, conforme necessidade da operadora (FIGURA 4).

FIGURA 5: ESTRUTURA DE CODIFICAÇÃO CONTÁBIL – ANS

1º código				2º código				3º código							
Conta/Subconta				Desdobramento				Desdobramento							

Fonte: manual contábil da ANS

A ANS ainda explica que o plano de contas possui seis classes, sendo elas:

- 1 – Ativo
- 2 – Passivo
- 3 – Receitas
- 4 – despesas
- 6 – Impostos e Participações Sobre o Lucro
- 7 – Contas Transitórias – Apuração de Custo.

Essas classes são divididas em grupos e subgrupos, e estes em contas e subcontas. Conforme manual contábil da ANS:

- **Classes de Contas Patrimoniais**

a) Classe 1 – ATIVO

Grupo 12 – Ativo Circulante

Grupo 13 – Ativo Não Circulante

Grupo 19 – Compensação Ativo

b) Classe 2 – PASSIVO

Grupo 21 – Passivo Circulante

Grupo 23 – Passivo Não Circulante

Grupo 25 – Patrimônio Líquido / Patrimônio Social

Grupo 29 – Compensação Passivo

• **Classes de Contas de Resultado**

a) Classe 3 – CONTAS DE RECEITA

Grupo 31 – Receitas com Operações de Assistência a Saúde

Grupo 32 – (-) Tributos Diretos de Operações de Assistência à Saúde

Grupo 33 – Outras Receitas Operacionais

Grupo 34 - (-) Tributos Diretos de Outras Atividades de Assistência a Saúde

Grupo 35 – Receitas Financeiras

Grupo 36 – Receitas Patrimoniais

b) Classe 4 – CONTAS DE DESPESA

Grupo 41 – Eventos Indenizáveis Líquidos/Sinistros Retidos

Grupo 43 – Despesas de Comercialização

Grupo 44 – Outras Despesas Operacionais

Grupo 45 – Despesas Financeiras

Grupo 46 – Despesas Administrativas

Grupo 47 – Despesas Patrimoniais

c) Classe 6 – CONTAS DE DESTINAÇÃO / APURAÇÃO DE RESULTADO

Grupo 61 – Impostos e Participações sobre o Lucro

Grupo 69 – Apuração do Resultado

d) Classe 7 – CONTAS TRANSITÓRIAS - APURAÇÃO DE CUSTOS

Grupo 71 – Apuração de Custos

Considerado o principal controle econômico financeiro e patrimonial das empresas, o plano de contas deve ser bem estruturado. O plano de contas ajuda com as informações gerenciais, padroniza as demonstrações contábeis, e através de análises verifica-se a situação da empresa.

Todas as informações cadastrais e financeiras das operadoras de saúde devem ser enviadas a ANS, para isso existe o DIOPS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Plano de Assistência à Saúde.

O Diops cadastral consiste nas informações cadastrais das operadoras como: endereço, composição societária, região de comercialização, dados dos administradores, representante junto a ANS, dados básicos do contador, auditor e atuário.

Essas informações devem ser enviadas para ANS uma vez por ano, ou em caso de alguma mudança nos dados cadastrais.

Já o Diops financeiro deverá ser enviado trimestralmente para operadoras hospitalares/médicas e anual para as odontológicas. As informações são de caráter econômico-financeiro, abrangendo o plano de contas adotado pela ANS junto com outros documentos necessários para a verificação da situação da operadora. Esses documentos consistem em: Parecer de Auditoria, Relatório Circunstanciado, e Procedimentos Previamente Acordado.

O Parecer de Auditoria e o Relatório Circunstanciado de Auditoria correspondem a demonstrações contábeis do exercício social, ele deve ser enviado antes do Diops financeiro, caso não seja enviado o sistema da ANS recusa o Diops. Mesmo enviando os documentos pela página da ANS, os documentos físicos devem ser encaminhados para ANS também. O parecer de auditoria começou a ser exigido a partir de 2008, e o relatório circunstanciado a partir de 2009.

Relatórios PPAs são as informações contábeis previstas na RN 173/2008, RN 227/2010 e IN 45/2010 e suas alterações. Começaram a ser exigidos a partir de 2011 e são divididos em dois tipos:

- PPA sobre Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar: deverá ser transmitido nos 4 trimestres de cada exercício e corresponderão a procedimentos de verificação de itens relacionados à respectiva conta específica do passivo.
- PPA sobre DIOPS/ANS: trata de diversos procedimentos sobre as informações contábeis em geral, devendo ser transmitido no 2º trimestre de cada exercício.

Assim como parecer e o relatório circunstanciado, se os relatórios PPA não forem enviados antes do DIOPS Financeiro, o sistema recusará o Diops.

O envio dessa documentação foi unificado em um único aplicativo no site da ANS, aplicativo chamado DIOPS-DOCS – Documentos Obrigatórios Contábeis. Para acessar basta entrar no espaço da operadora com login e senha seguir o passo a passo e enviá-los em formato PDF, limitado a capacidade de 2MB de tamanho do arquivo.

4.5. PENALIDADES – INFRAÇÕES DE NATUREZA ESTRUTURAL, ECONÔMICO-FINANCEIRA E ASSISTENCIAL

Para citar algumas das penalidades que as operadoras podem sofrer veremos as regulamentações da Lei 9.656/1998, Lei 9.961/2000 e Resolução Normativa – RN 396/2016.

Criada para regulamentar os planos privados de assistência à saúde, a Lei 9.656/98, dita as regras que devem ser seguidas pelas pessoas jurídicas que operem planos de saúde, independente de sua modalidade de constituição.

Uma das regras é que somente quem tem autorização de funcionamento, podem atuar no segmento, em caso de descumprimento de disposições legais, que é de caráter estrutural, ou outras de caráter econômico financeiro ou assistencial, existem penalidades de natureza administrativa, civil e penal depende do caso.

A RN 124/2006, especificava todas as penalidades, ela foi alterada pela RN 396/2016.

Com a divulgação da RN 396/2016, a ANS especificou que a anunciada a RN, valeria para todas as Operadoras de planos privados de assistência a saúde, inclusive as Administradoras de Benefícios.

Dos tipos de penalidades possíveis, está a Advertência, que é dada por escrito ao infrator e essa é a penalidade menos grave. Para que ela seja aplicada é preciso que ao menos uma dentre certas condições sejam atendidas e com a publicação da nova RN, uma destas condições que antes exigia que o cumprimento da obrigação ocorresse até o décimo dia contado da data do recebimento da intimação pela operadora para conhecimento do auto, foi revogada. Agora a condição semelhante é que o infrator adote de maneira voluntária providencias suficientes para reparar os efeitos danosos da infração, mesmo que não configure reparação voluntária eficaz – RVE.

Além disso, permanece a regra que não haverá lesão irreversível ao bem jurídico protegido pela norma infringida e foi inserido que a conduta não pode ter acarretado qualquer dano aos beneficiários.

A norma previa situações que agravam ou atenuam a penalidade. As situações podem provocar a redução em 10% (dez por cento) no valor da multa, se atenuantes ou do acréscimo de 10% (dez por cento) no valor da multa.

Com a nova RN 396/2016, para atenuantes que antes havia três fatores, agora há apenas um, que é ter o infrator adotado voluntariamente providências suficientes para reparar os efeitos danosos da infração, mesmo que não configure reparação voluntária e eficaz – RVE. Para agravantes, além das existentes, o novo agravante é ter a infração resultada em lesão irreversível à saúde ou na morte de beneficiário, neste caso o agravante não é apenas o acréscimo dos 10% no valor da multa, é aplicado em dobro.

Para os casos de infrações que produzam efeitos de natureza coletiva, o valor da multa pecuniária fixada poderá ser aumentado em até vinte vezes, até o limite estabelecido nos arts. 27 e 35-D da Lei 9.656/98,

Art. 27. A multa de que trata o art. 25 será fixada e aplicada pela ANS no âmbito de suas atribuições, com valor não inferior a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) e não superior a R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) de acordo com o porte econômico da operadora ou prestadora de serviço e a gravidade da infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19.

Art. 35-D. As multas a serem aplicadas pela ANS em decorrência da competência fiscalizadora e normativa estabelecida nesta Lei e em seus regulamentos serão recolhidas à conta daquela Agência, até o limite de R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais) por infração, ressalvado o disposto no § 6º do art. 19 desta Lei.

A nova regra prevê que quando um fator multiplicador tomar por base o número de beneficiários, este será considerado de acordo com o registro no Sistema de Informações de Beneficiários – SIB na data do fato e se caso não consiga verificar a data do fato, será utilizada a data do auto de infração ou documento equivalente.

Operadoras classificadas como Administradoras de Benefícios serão consideradas o número de vidas administradas o total de beneficiários expostos nos contratos de planos de saúde coletivos nos quais atue, direta ou indiretamente. As operadoras que possuem registro ativo na ANS, porém não têm beneficiários, serão considerados os mesmos critérios das operadoras que possuem de um a mil beneficiários expostos, no caso, até uma vez o valor da multa.

Já no caso de cancelamento de registro da operadora e transferência de carteira, se não conseguir indicar a data do fato, considera o último número de beneficiário informado no SIB.

Infrações de natureza permanente ou continuadas serão consideradas o último número de beneficiários informado, quando da cessação da prática infrativa. Para os beneficiários expostos, adota-se a definição, conforme RN 396/2016:

- I. Nas infrações que afetarem os beneficiários de um produto, o número de expostos será o número de beneficiários daquele produto;
- II. Nas infrações que afetarem os beneficiários localizados em determinada região de saúde, o número de expostos será o número de beneficiários naquela região; e
- III. Nas infrações que afetarem os beneficiários de um contrato, o número de expostos será o número de beneficiários daquele contrato.

Caso as Administradoras de Bens informem voluntariamente o número total de vidas administradas, este número será considerado na compatibilização da pena. As operadoras que tem registro ativo e não tem beneficiário, considera a mesma regra das operadoras de uma a mil beneficiários. Situações de cancelamento de registro da operadora e transferência de carteira, não identificando a data precisa do fato, consideram o último número de beneficiários no SIB. Infrações de natureza permanente ou continuadas consideram o último número de beneficiário também, quando da interrupção da prática infrativa.

Embora seja feita a compatibilização da penalidade, levando em conta a quantidade de beneficiário, a Lei 9.656/98 em seu art. 27, informa que as multas fixadas e aplicadas pela ANS no âmbito de suas atribuições, terão valor não inferior a R\$ 5.000,00 e não superior a R\$ 1.000.000,00.

4.5.1. Infrações de Natureza Estrutural

Houve alterações em relação às multas, as infrações são divididas em três blocos, a saber, de natureza estrutural, econômico-financeira e assistencial e todas são alterações importantes.

Referente à autorização de funcionamento, exercer a atividade de operadora de plano privado de assistência a saúde sem autorização da ANS, tinha como multa

apenas o valor diário de R\$ 10.000,00, com a nova RN, além da multa diária há multa de R\$ 250.000,00.

Já a multa por operar produto sem registro na ANS era de R\$ 250.000,00, agora além da multa, tem ainda a suspensão do exercício do cargo por 180 (cento e oitenta) dias, e caso haja reincidência, aplica-se inabilitação temporária de exercício do cargo pelo prazo de um ano, sem prejuízo da aplicação da multa.

Em situações de alienação ou aquisição total ou parcialmente carteira sem autorização prévia da ANS, já era prevista, multa de R\$ 200.000,00 e suspensão do exercício do cargo por noventa dias, além disso, agora se houver reincidência aplica-se a inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de um ano, sem prejuízo da aplicação de multa.

Quanto às alterações societárias, deixar de cumprir a regulamentação da ANS, referente aos atos de cisão, fusão, incorporação, desmembramento, alteração ou transferência total ou parcial do controle societário, já era previsto, multa R\$ 250.000,00 e suspensão do exercício do cargo de noventa a cento e oitenta dias, agora conforme RN 396/16, se houver reincidência, aplica-se a inabilitação temporária de exercício do cargo pelo prazo de dois anos, sem prejuízo as aplicação de multa.

Referente aos modelos e conteúdos assistenciais, foi incluído o art. 32-A, deixar de cumprir as medidas determinadas pela ANS no âmbito do programa de intervenção fiscalizatória, multa de R\$ 500.000,00, suspensão do exercício do cargo por cento e oitenta dias e em caso de reincidência, será aplicada a penalidade de inabilitação temporária para o exercício do cargo por um ano, sem prejuízo da aplicação de multa prevista.

Para o envio de informações periódicas, ou seja, os DIOPS, o não envio ou envio fora do prazo previsto da regulamentação, de documento ou infração periódica a multa continua a mesma, sendo ela R\$ 25.000,00, porém se houver alguma informação obrigatória e que não seja encaminhada nos períodos sucessivos, a multa será acrescida de um quinto por período não encaminhado e/ou encaminhados em caráter intempestivo.

Do relacionamento da operadora com o prestador de serviço, as multas já previstas quanto a exigir exclusividade, advertência e multa de R\$ 50.000,00, restringir a atividade do prestador e não cumprir as regras estabelecidas em contrato, advertência e multa de R\$ 35.000,00 cada e foi incluído o art. 43-A, Deixar de

cumprir as regras estabelecidas pela regulamentação setorial para a aplicação do índice de reajuste definido pela ANS, advertência e multa de R\$ 35.000,00.

4.5.2. Infrações de Natureza Econômico-Financeira

Existem 21 penalidades, destas 13 foram alteradas conforme a RN 396/2016, são elas:

- Art. 47. Deixar de adotar o Plano de Contas Padrão da ANS, na forma prevista na regulamentação.
- Art. 48. Deixar de escriturar os registros contábeis ou os registros auxiliares obrigatórios ou escriturá-los em desacordo com a regulamentação da ANS.
- Art. 49. Deixar de submeter às contas a auditores independentes, registrados no Conselho de Contabilidade e na Comissão de valores Mobiliários.
- Art. 50. Deixar de publicar as demonstrações contábeis, conforme estabelecido na legislação em vigor.
- Art. 51. Deixar de constituir provisões técnicas estabelecidas pela regulamentação da ANS.
- Art. 52. Deixar de cumprir as regras referentes à aplicação, registro e disponibilidades dos bens garantidores das provisões técnicas, fundos e provisões.
- Art. 53. Deixar de vincular à ANS os ativos necessários à garantia das provisões técnicas constituídas.
- Art. 54. Vincular à ANS, de forma inadequada, os ativos necessários à garantia das provisões técnicas constituídas
- Art. 55. Alienar, prometer alienar ou de qualquer forma gravar ativos necessários à garantia das provisões técnicas, fundos especiais ou quaisquer outras provisões exigidas, sem prévia e expressa autorização da ANS.

- Art. 56. Constituir provisões técnicas, sem previa aprovação pela ANS da respectiva nota técnica atuarial, na forma estabelecida pela legislação da ANS.
- Art. 58. Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária, por variação anual de custo, sem autorização ou homologação da ANS.
- Art. 59. Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária, por variação anual de custo, acima do contratado ou do percentual autorizado, divulgado ou homologado pela ANS.
- Art. 61-A. Exigir ou aplicar reajuste da contraprestação pecuniária do contrato coletivo em desacordo com a regulamentação específica em vigor.

Vale lembrar ainda que realizar alguma operação financeira vedada por lei, a multa é de R\$ 100.000,00. E caso haja reincidência, a ANS poderá cancelar a autorização de funcionamento e alienar a carteira da operadora, bem como aplicar a inabilitação temporária de exercício de cargo pelo prazo de cinco anos.

4.5.3. Infração de Natureza Assistencial

Para aqueles que impedirem ou restringirem à participação de beneficiários em plano privado de assistência a saúde, multa de R\$ 50.000,00. Esse valor de multa é válido tbm para casos de portabilidade de carência ou portabilidade especial de carência.

Referente à urgência e emergência, deixar de garantir ao beneficiário cobertura exigida em lei, nos casos de urgência e emergências a multa era de R\$ 100.000,00 e agora passou a ser R\$ 250.000,00.

Já o acesso à acomodação, deixar de garantir ao beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem custo adicional quando não tiver leito hospitalar na rede prestadora, a regra prevê ainda observar a garantia de direito a acompanhante também, esta infração, aplica-se multa de R\$ 25.000,00.

Quanto à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares, houve a inclusão do Art. 88-A, que informa que deixar de cumprir as regras estabelecidas pela regulamentação setorial para a substituição de

prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares que integrem a rede assistencial do plano de saúde. Multa de R\$ 30.000,00.

Lembrando que na RN 124/2006, possui a lista completa de todas as multas e advertências, e as alterações na RN 396/2016.

4.6. REGIMES TRIBUTÁRIOS

No Brasil, os impostos podem ser apurados de três maneiras, sendo elas pelo regime tributário do Lucro Real, Lucro Presumido ou Simples Nacional, sendo esta opção exclusiva para Microempresas e Empresas de Pequeno Porte.

4.6.1. Lucro Real

No Lucro Real, o Imposto de Renda e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido, são calculados a partir do lucro contábil, ou seja, o lucro é apurado pelo acréscimo de ajustes sejam positivos ou negativos autorizados pela legislação fiscal. Esse lucro pode ser apurado trimestralmente ou anualmente, conforme escolha do contribuinte.

O lucro real deve ser apurado na data de encerramento do período conforme a Lei nº 9.430 de 27 de dezembro de 1996, o período de apuração encerra-se, quando a apurados trimestralmente, nos dias 31 de março, 30 de junho, 30 de setembro e 31 de dezembro, e quando apurado anualmente no dia 31 de dezembro do ano-calendário.

A pessoa jurídica que opte pelo Lucro Real, deverá recolher o PIS e a COFINS, às alíquotas de 1,65% e 7,60%, regime não-cumulativo, aproveitando os créditos na aquisição das mercadorias e serviços. Existem também algumas situações que dependendo do tipo de atividades realizada poderão estar sujeitas ao regime cumulativo e o recolhimento para PIS e COFINS a alíquota é menor, sendo 0,65% para PIS e 3,0% para COFINS.

A Lei nº 12.873 de 24 de outubro de 2013, alterou a Lei nº 9.718, de 27 de novembro de 1998 com a seguinte inclusão:

Art. 8º-A. Fica elevada para 4% (quatro por cento) a alíquota da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS devida pelas pessoas jurídicas referidas no § 9º do art. 3º desta Lei, observada a norma de interpretação do § 9º-A, produzindo efeitos a partir do 1º (primeiro) dia do 4º (quarto) mês subsequente ao da publicação da lei decorrente da conversão da Medida Provisória nº 619, de 6 de junho de 2013, exclusivamente quanto à alíquota.

§ 9º-A. Para efeito de interpretação, o valor referente às indenizações correspondentes aos eventos ocorridos de que trata o inciso III do § 9º entende-se o total dos custos assistenciais decorrentes da utilização pelos beneficiários da cobertura oferecida pelos planos de saúde, incluindo-se neste total os custos de beneficiários da própria operadora e os beneficiários de outra operadora atendidos a título de transferência de responsabilidade assumida.

No caso das operadoras de plano de saúde utiliza o regime cumulativo usando as alíquotas para PIS 0,65% e COFINS 4%. Para um melhor entendimento sobre PIS tem a Lei nº 10.637/2002 e para COFINS e a Lei nº 10.833/2003.

4.6.2. Lucro Presumido

Utilizando o valor da receita bruta e de outras receitas tributáveis, fixa o valor como base de cálculo para o Lucro Presumido. A partir disso calcula-se o Imposto de Renda e a Contribuição Social Sobre o Lucro Líquido - CSLL das pessoas jurídicas de uma maneira simplificada, ou seja, a partir de percentuais aplicados a Receita Bruta obtém-se o Lucro Presumido. Faz a opção desse regime de tributação com o pagamento da primeira ou única quota do imposto apropriado, equivalente ao primeiro período de apuração de cada ano-calendário, ou seja, no primeiro trimestre.

O percentual utilizado para base de cálculo da CSLL é de 12% sobre a receita bruta seja elas nas atividades industriais, comerciais, de transporte e serviços hospitalares, já para prestação de serviço é utilizado 32%.

Para o cálculo do Imposto de Renda usa-se o percentual de 15% sobre a base de cálculo e mais 10% aplica-se sobre o valor da parcela da base de cálculo que exceder o valor de R\$ 60.000,00 no trimestre.

4.6.3. Simples Nacional

Simples Nacional é tido como um Regime Especial Unificado de Arrecadação de Impostos e Contribuições adequadas para Microempresas – ME e Empresas de Pequeno Porte – EPP. Este regime especial teve sua criação a partir da Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, que sofreu alteração pela Lei Complementar nº 147, de 7 de agosto de 2014, substituindo o Simples Federal, que não incluía o Imposto sobre Serviços – ISS, nem o Imposto sobre Circulação de Mercadorias – ICMS no seu recolhimento.

Microempresa é denominada como aquela com receita bruta igual ou inferior a R\$ 360.000,00 e empresa de pequeno porte como aquela cuja receita bruta seja superior a R\$ 360.000,00 e igual ou inferior a R\$ 3.600.000,00. Todo o resultado derivado de vendas de bens ou serviços, não incluindo vendas canceladas e descontos concedidos, é considerado receita bruta.

Para optar pelo Simples Nacional, a pessoa jurídica e os sócios devem se enquadrar nas definições estabelecidas pela lei, mas quais devem observar:

- Enquadramento como ME ou EPP;
- Não exercer nenhuma atividade impeditiva;
- Não possuir pendências cadastrais ou fiscais com a Federação, Estados e Municípios;
- Não ter em seu capital a participação de outra pessoa jurídica ou não participar do capital de outra empresa;
- Não ter sede em outro país;
- Não ser constituída como sociedade anônima ou cooperativa, exceto de consumo;
- Não possuir prestadores de serviço com características de subordinação, habitualidade e pessoalidade (vínculo de trabalho da CLT);
- Não ter Receita Bruta Global superior a R\$ 3.600.000,00, caso o titular ou sócio possua outra empresa também beneficiada pelo Simples Nacional;

- Não ter Receita Bruta Global superior a R\$ 3.600.000,00, caso o titular ou sócio participe de outra empresa, com mais de 10% do capital do outro negócio não beneficiado pelo Simples Nacional;
- Não ser resultante de fusão, cisão ou qualquer desmembramento de outra pessoa jurídica nos últimos 5 anos.

O pagamento dos tributos é feito através da DAS – Documento de Arrecadação do Simples Nacional, a guia é gerada por um programa disponível no site do Simples Nacional.

Existem varias empresas que não podem se enquadrar no Simples, entre elas estão às operadoras de plano de saúde. Abaixo estão alguns CNAE - Classificação Nacional de Atividades Econômicas, atividade impeditiva (QUADRO 4):

QUADRO 4: CÓDIGOS PREVISTOS NA CNAE IMPEDITIVOS AO SIMPLES NACIONAL

6550-2/00	PLANOS DE SAÚDE
8610-1/01	ATIVIDADES DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, EXCETO PRONTO-SOCORRO E UNIDADES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS
8610-1/02	ATIVIDADES DE ATENDIMENTO EM PRONTO-SOCORRO E UNIDADES HOSPITALARES PARA ATENDIMENTO A URGÊNCIAS
8630-5/01	ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS
8630-5/02	ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL COM RECURSOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES
8630-5/03	ATIVIDADE MÉDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS
8630-5/04	ATIVIDADE ODONTOLÓGICA
8640-2/10	SERVIÇOS DE QUIMIOTERAPIA
8640-2/11	SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA
8640-2/12	SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA
8650-0/99	ATIVIDADES DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE
8660-7/00	ATIVIDADES DE APOIO À GESTÃO DE SAÚDE
8690-9/01	ATIVIDADES DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE HUMANA
8690-9/99	OUTRAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO À SAÚDE HUMANA NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE

Fonte: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao94-anexo6.htm>

Independente do regime tributário escolhido pelas operadoras, deve-se ficar atento a todas as obrigações, pagamento dos impostos para não ter nenhum tipo de problema, seja por parte da Receita Federal ou da ANS.

5. METODOLOGIA

De uma forma geral compreendemos como método os procedimentos necessários para chegar ao objetivo que deseja, o passo a passo, o caminho para algo que deseja fazer, utilizando uma investigação, buscando uma definição ou verdade.

Cervo, Bervian e Silva (2007, p.30), “o método concretiza-se como o conjunto das diversas etapas ou passos que devem ser seguidos para a realização da pesquisa e que configuram as técnicas”. Já as técnicas, entendemos como a forma em que irá realizar a pesquisa desejada.

Através das técnicas empregadas é que verificamos as questões e problemas a serem levantadas, a forma para alcançar o objetivo.

5.1. TIPO DE PESQUISA

Dentre os possíveis métodos para realizar uma pesquisa, os que caracterizam a esta, são:

- Do problema de pesquisa: Qualitativa;
- Dos procedimentos técnicos: Bibliográfica e Documental;
- Do questionamento da pesquisa e objetivos: Teórica e Descritiva.

Conforme Cervo, Bervian e Silva (2007, p.57).

A pesquisa é uma atividade voltada para a investigação de problema técnicos ou práticos por meio do emprego de processos científicos. Ela parte, pois, de uma dúvida ou problema e, com o uso do método científico, busca uma resposta ou solução.

A abordagem do problema da presente pesquisa enquadra-se como qualitativa. Mascarenhas, (2012, p. 46) afirma que quando utilizada à pesquisa qualitativa queremos descrever nosso objetivo de estudo com maior profundidade. Segue algumas das suas principais características abordada pelo autor:

- Os dados são levantados e analisados ao mesmo tempo;
- Os estudos são descritivos, voltados para a compreensão do objetivo;
- A influência do pesquisador sobre a pesquisa não é evitada muito pelo contrário é considerada fundamental.

Referentes aos procedimentos utilizados nesta pesquisa estão o documental, que para Mascarenhas (2012, p.50), “Lançamos mão de fontes que não têm o objetivo de analisar o assunto em questão, mas documentos que registram informações sobre o tema.”

Já para Cervo, Bervian e Silva (2007, p. 62),

Pesquisa documental: são investigados documentos com o propósito de descrever e comparar usos e costumes, tendências, diferenças e outras características. As bases documentais permitem estudar tanto a realidade presente como o passado com a pesquisa histórica.

O outro método utilizado quanto aos procedimentos, será a pesquisa bibliográfica, que para resolver o problema precisamos buscar as informações, dados para dar fundamentos à pesquisa. Mascarenhas (2012, p. 49), informa que a pesquisa bibliográfica é uma boa opção para quem tem dificuldade para chegar ao objetivo de estudo, aqui, você estuda o que os outros dizem sobre ele.

De acordo Cervo, Bervian e Silva (2007, p.60), comentam que:

A pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos, livros, dissertações e teses. Pode ser realizada independentemente ou como parte da pesquisa descritiva ou experimental. Em ambos os casos, busca-se conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado sobre determinado assunto, tema ou problema.

Já quanto ao questionamento e objetivos desta pesquisa, se enquadram como teórico e descritivo.

Mascarenhas (2012, p.54), nos diz que,

É importante descrever com detalhes o passo a passo do experimento para que outros colegas vejam exatamente como o pesquisador chegou às conclusões. Mas por que é essencial explicar com tanta precisão tudo o que é feito? A ideia é permitir que outros possam repetir o experimento percorrendo o mesmo caminho.

Desta forma, quem quiser verificar se a pesquisa é viável é só percorrer os mesmos procedimentos adotados.

Para Cervo, Bervian e Silva (2007, p.61), “a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los.

Pode-se dizer que diante do questionamento e objetivos que serão analisados na pesquisa, pretende-se informar ao leitor como seguir para entrar no mercado de saúde suplementar, assim como o seu funcionamento.

6. CONCLUSÃO

A Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998, foi criada para ajudar no cumprimento das atividades exercidas pelas operadoras de plano de saúde, não é uma lei tão antiga, mas é com base nela que foram criadas diversas outras, visando sempre um melhor atendimento seja para os beneficiários, quanto para as operadoras de saúde. Como a atividade de planos de saúde começou a crescer, surgiu à necessidade da criação de uma agencia reguladora para o setor, com essa necessidade foi criada a Agencia Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Criada em 28 de janeiro de 2000, a partir da Lei nº 9.961, a ANS veio com a função de regulamentar o setor de saúde suplementar, criando novas leis e fiscalizando o mercado, garantindo assim o bom funcionamento e atendimento para todos os envolvidos.

Existe diversas modalidades de operadoras atuando no mercado, assim como vários tipos de planos ofertados. Os beneficiários dos planos de saúde devem ficar atentos, pois as leis mudam constantemente, devem verificar o que o plano oferece e se o atendimento está sendo concedido. Assim como as operadoras, devem atentar-se para proporcionar um bom atendimento garantindo assim sua carteira de beneficiários e evitando complicações com a fiscalização da ANS.

Este trabalho tem como objetivo geral, demonstrar como funciona o mercado de saúde suplementar, o que foi atendido através das demonstrações dos principais artigos da Lei 9.656/98, comentando os tipos de operadoras de plano de saúde, os tipos de planos ofertados, a cobertura, a carência, quem pode contratar os planos.

Foi mostrado também o crescimento em relação aos meses de abril e maio de 2016. Sendo este crescimento de planos médico/hospitalares, assim como os odontológicos.

Dos objetivos específicos, foram atendidos, com a abordagem do assunto de o que é preciso para se tornar uma operadora e o que deve ser seguido, assim como as suas penalidades. Para quem deseja entrar no mercado de saúde suplementar, deve obter registro de funcionamento e de produto a ser comercializado, registro este concedido pela ANS, o processo é burocrático, mas para quem deseja fazer parte, nada será um empecilho. As operadoras devem obedecer às regras contábeis exigidas pela ANS, verificar seu patrimônio, ativos garantidores e tudo o que a ANS pede como o mínimo de garantia para estar nesse mercado,

afinal o bem maior é a saúde dos beneficiários, que por sua vez buscam sempre o melhor atendimento de seu plano de saúde.

Para a ANS é de grande importância que a empresa tenha margem de solvência, ou seja, consiga cumprir com suas obrigações e ainda apontar uma situação boa de seu patrimônio e perspectiva de lucro, garantindo assim sua permanência no mercado.

O contador e auditor têm papel fundamental para a manutenção das operadoras de saúde, o contador ajuda com as normais contábeis exigidas pela ANS, e orienta para que as OPS sigam um caminho adequado para que não haja penalidades, caso alguma obrigação não seja atendida. A auditoria é exigida pela ANS, é através dela que é verificada se todos os procedimentos estão em conformidade com o exigido.

Caso seja encontrada alguma inconformidade com a legislação as multas são caras, começam a partir de R\$ 5.000,00 e podem chegar até R\$ 1.000.000,00, sem contar na perda ou suspensão do registro, caso alguma operadora de saúde receba alguma advertência, vale resolver toda a situação para continuar dentro do mercado de saúde suplementar.

7. REFERENCIAS

ANS. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39**, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>. Acesso em 10/06/2016.

ANS. **Resolução Normativa - RN nº 196**, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==> - Acesso em 10/06/2016.

ANS. **Resolução Normativa – RN nº 137**, de 14 de novembro de 2006. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTEwNw==>. Acessado em: 10/06/2016.

ANS. **Resolução Normativa – RN nº 148**, de 03 de março de 2007. Altera a Resolução Normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006; a RN nº 128, de 18 de maio de 2006; a RN nº 129, de 18 de maio de 2006; a RN nº 137, de 14 de novembro de 2006; a RN nº 94, de 23 de março de 2005; a RN nº 112, de 28 de agosto de 2005; a RN nº 67, de 4 de fevereiro de 2004; a RN nº 26, de 1 de abril de 2003; a RN nº 19, de 11 de dezembro de 2002; e a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 77, de 17 de julho de 2001. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=ODQz>. Acesso em: 10/06/2016.

ANS. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/sala-de-imprensa/releases/consumidor/2832-ans-amplia-e-padroniza-informacoes-para-consumidores-de-planos-de-saude?highlight=WyJ0aXBvcylsInBsYW5vliwiZGUlLCJzYXVkJZSIsImRIIHNdWRlII0=#sthash.zWRmNeAb.dpuf>. Acesso em: 10/06/2016.

ANS. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao> - Acesso em: 20/06/2016.

ANS. **Cartilha de Contratualização – Glosa– ANS 15 anos**. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_pres_tador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/cartilha_glosa.pdf - Acesso em: 26/06/2016.

ANS. **Resolução Normativa – RN nº 358**, de 27 de novembro de 2014. Dispõe sobre os procedimentos administrativos físico e híbrido de ressarcimento ao SUS, previsto no art. 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e estabelece normas sobre o repasse dos valores recolhidos a título de ressarcimento ao SUS. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjgyNw==>. Acesso em: 26/06/2016.

ANS. **Manual do Usuário 21 edição Publicada em 05/11/2014**. Sistema de Registro de Plano de Saúde RPS - Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS / DIPRO. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Ope_radora/Aplicativos_ANS/RPS/manual_rps_2_7_0_21aedicao.pdf - Acesso em: 27/06/2016.

ANS. **Resolução Normativa - RN nº 85**, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=ODgx> – Acesso em 27/06/2016.

ANS. **Resolução Normativa - RN nº 363**, de 11 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos escritos firmados entre as operadoras de planos de assistência à saúde e os prestadores de serviços de atenção à saúde e

dá outras providências. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&ancora=&id=Mjg1Nw==> - Acesso em: 27/06/2016.

ANS. Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014. Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - a ser aplicado pelas operadoras de planos de assistência à saúde aos seus prestadores de serviços de atenção à saúde em situações específicas. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg1OA==>. Acesso em : 27/06/2016.

ANS. Resolução Normativa - RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014. Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg1OQ==>. Acesso em: 27/06/2016

ANS. Instrução Normativa - IN nº 56, de 11 de dezembro de 2014 da diretoria de desenvolvimento setorial. Regulamenta o CAPÍTULO III da Resolução Normativa – RN nº 365, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg2MA==>. Acesso em: 27/06/2016.

ANS. Instrução Normativa - IN nº 61, de 4 de dezembro de 2015, da diretoria de desenvolvimento setorial. Dispõe sobre a regulamentação dos parágrafos 2º e 3º do artigo 7º da Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014, que dispõe sobre o Fator de Qualidade a ser aplicado ao índice de reajuste definido pela ANS para prestadores de serviços hospitalares. Disponível em:
<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textolei&format=raw&id=mze0oa==>. Acesso em: 27/06/2016.

ANS. **Resolução Normativa - RN nº 124**, de 30 de março de 2006. Dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textolei&format=raw&id=nzkw>. Acesso em 01/07/2016.

ANS. Nota nº: 01/DIRAD/DIDES Assunto: **Regras de contratualização entre prestadores e operadoras, fiscalização e aplicação de penalidades cabíveis no caso de infrações.** Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_prestador/contrato_entre_operadoras_e_prestadores/nota-apos-periodo-de-adaptacao.pdf. Acesso em 01/07/2016.

ANS. **Agência Nacional de Saúde Suplementar.** Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/A_ANS/Transparencia_Institucional/Indicdores_de_qualidade/Fase2_1_etapa/ef2fase.pdf. Acesso em 01/07/2016.

ANS. **Resolução Normativa - RN nº 209**, de 22 de dezembro de 2009. Dispõe sobre os critérios de manutenção de recursos próprios mínimos e constituição de provisões técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. (redação dada pela rn nº 274, de 20/10/2011). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textolei&format=raw&id=mtu3mq==>. Acesso em: 01/07/2016.

ANS. **Resolução Normativa - RN nº 393**, de 9 de dezembro de 2015. Dispõe sobre os critérios de constituição de provisões técnicas a serem observados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde e revoga dispositivos da resolução normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009, e a resolução normativa nº 75, de 10 de maio de 2004. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textolei&format=raw&id=mze1mw==>. Acesso em: 01/07/2016.

ANS. **Resolução Normativa - RN nº 390**, de 2 de dezembro de 2015. Altera os anexos da resolução normativa 290, de 27 de fevereiro de 2012 que dispõe sobre o

plano de contas padrão para as operadoras de planos de assistência à saúde e revoga o parágrafo 3º do artigo 3º da resolução normativa 173, de 10 de julho de 2008 que dispõe sobre a versão xml (extensible markup language) do documento de informações periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde - diops/ans. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textolei&format=raw&id=mze0ng==> Acesso em: 07/07/2016

ANS. **Resolução Normativa – RN nº 392**, de 9 de dezembro de 2015. Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e diversificação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textolei&format=raw&id=mze1mg==>. Acesso em: 07/07/2016.

ANS. **Resolução Normativa - RN nº 227**, de 19 de agosto de 2010. Dispõe sobre a constituição, vinculação e custódia dos ativos garantidores das provisões técnicas, especialmente da provisão de eventos / sinistros a liquidar e altera a resolução normativa nº 209, de 22 de dezembro de 2009. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textolei&format=raw&id=mtu5>. Acesso em: 07/07/2016.

ANS. **Resolução Normativa – RN nº 173**, de 10 de julho de 2008. Dispõe sobre a versão xml (extensible markup language) do documento de informações periódicas das operadoras de planos de assistência à saúde - diops/ans. (redação dada pela RN nº 274, de 20/10/2011). Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textolei&format=raw&id=mtmwnw==>. Acesso em: 07/07/2016.

ANS. **Resolução Normativa - RN nº 274**, de 20 de outubro de 2011. Estabelece tratamento diferenciado para pequenas e médias operadoras de planos privados de assistência à saúde; dispõe sobre novas regras regulatórias aplicáveis a todas as operadoras de planos privados de assistência à saúde; altera as resoluções normativas - RN nº 48, de 19 de setembro de 2003, RN nº 159, de 3 de julho de

2007, RN nº 171, de 29 de abril de 2008, RN nº 172, de 8 de julho de 2008, RN nº 173, de 10 de julho de 2008, RN nº 205, de 8 de outubro de 2009, RN nº 206, de 2 de dezembro de 2009, RN nº 209, de 2 de dezembro de 2010, RN nº 227, de 19 de agosto de 2010; e altera a instrução normativa da diretoria de normas e habilitação dos produtos - IN/dipro nº 13, de 21 de julho. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textolei&format=raw&id=mtg2na==>. Acesso em: 07/07/2016.

ANS. **Resolução Normativa - RN nº 396**, de 25 de janeiro de 2016. Altera a resolução normativa – RN nº 124, de 30 de março de 2006, que dispõe sobre a aplicação de penalidades para as infrações à legislação dos planos privados de assistência à saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textolei&format=raw&id=mze2oq==>. Acesso em: 07/07/2016.

ANS. **Instrução Normativa - IN nº 45**, de 3 de outubro de 2014 da diretoria de normas e habilitação dos produtos. Altera a instrução normativa - IN nº 23, de 1º dezembro de 2009, da diretoria de normas e habilitação dos produtos - dipro, que dispõe sobre os procedimentos de registro de produtos; e revoga a IN nº 40, de 27 de agosto de 2012, também da dipro. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=textolei&format=raw&id=mjgwnq==>. Acesso em: 07/07/2016.

ANS. **IPCA de Referência para atualização do capital-base do PMA** – Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/nossos-servicos/303-ipca-de-referencia-para-atualizacao-do-capital-base-do-pma#sthash.PaIJ3mvq.dpuf>. Acesso em: 28/07/2016.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Planos de Saúde Cobertura Assistencial**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/Planos_de_saude_Cobertura_Assistencial.pdf. Acesso em: 10/06/2016.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Guia Cobertura Assistencial**. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cobertura_assistencial.pdf. Acesso em: 10/06/2016.

BRASIL. **Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm - Acesso em 03/06/2016.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm. Acesso em: 03/06/2016

BRASIL. **Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971**. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5764.htm. Acessado em 10/06/2016.

BRASIL. **Lei nº 13.003, de 24 de junho de 2014**. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória no 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13003.htm. Acesso em: 27/06/2016.

BRASIL. **Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996**. Dispõe sobre a legislação tributária federal, as contribuições para a seguridade social, o processo administrativo de consulta e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9430.htm - acessado em 05/07/2016

BRASIL. **Lei nº 12.873, de 24 de outubro de 2013**. Altera a Lei no 9.430, de 27 de dezembro de 1996; dispõe sobre o repasse pelas entidades privadas filantrópicas e entidades sem fins lucrativos às suas mantenedoras de recursos financeiros recebidos dos entes públicos; e dá outras providências. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2013/Lei/L12873.htm. Acesso em 05/07/2016.

BRASIL. Lei nº 9.718, de 27 de novembro de 1998. Altera a Legislação Tributária Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9718compilada.htm. Acesso em: 12/07/2016.

BRASIL. Lei nº 10.637, de 30 de dezembro de 2002. Dispõe sobre a não-cumulatividade na cobrança da contribuição para os Programas de Integração Social (PIS) e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep), nos casos que especifica; sobre o pagamento e o parcelamento de débitos tributários federais, a compensação de créditos fiscais, a declaração de inaptidão de inscrição de pessoas jurídicas, a legislação aduaneira, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10637.htm. Acesso em: 12/07/2016.

BRASIL. Lei nº 10.833, de 29 de dezembro de 2003. Altera a Legislação Tributária Federal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.833compilado.htm. Acesso em 12/07/2016.

BRASIL. Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006. Institui o Estatuto Nacional da Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte; altera dispositivos das Leis nº8.212 e 8.213, ambas de 24 de julho de 1991, da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, da Lei nº 10.189, de 14 de fevereiro de 2001, da Lei Complementar nº 63, de 11 de janeiro de 1990; e revoga as Leis nº 9.317, de 5 de dezembro de 1996, e 9.841, de 5 de outubro de 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp123.htm. Acesso em: 12/07/2016.

BRASIL. Lei Complementar nº 147, de 7 de agosto de 2014. Altera a Lei Complementar nº 123, de 14 de dezembro de 2006, e as Leis nos 5.889, de 8 de junho de 1973, 11.101, de 9 de fevereiro de 2005, 9.099, de 26 de setembro de 1995, 11.598, de 3 de dezembro de 2007, 8.934, de 18 de novembro de 1994,

10.406, de 10 de janeiro de 2002, e 8.666, de 21 de junho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp147.htm. Acesso em: 12/07/2016.

CERVO, Amado L., BERVIAN, Pedro A., SILVA, Roberto da. **Metodologia Científica**, 6ª edição, São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CTS. **CTS Consultoria Informativo Ano 1**. Ed. 01 – 2013. Disponível em: http://www.ctsconsultoria.com.br/informativos/Informativo_Ed01.pdf - Acesso em 01/07/2016.

KAUARK, Fabiana S., Manhães, Fernanda C., Medeiros, Carlos H. **Metodologia de Pesquisa: Um guia prático**, Itabuna: Via Litterarum, 2010. Disponível em: <http://www.pgcl.uenf.br/2016/download/LivrodeMetodologiadaPesquisa2010.pdf>. Acesso em: 02/12/2015.

MASCARENHAS, Sidnei Augusto. **Metodologia Científica**. São Paulo: Person Education do Brasil, 2012.

MELO, Marcus André. **A política da ação regulatória**: responsabilização, credibilidade e delegação. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 16, n. 46. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.congressosp.fipecafi.org/web/artigos82008/362.pdf>. Acesso em 10/06/2016.

MOREIRA NETO, Diogo F.. **Natureza jurídica, competência normativa, limites de atuação**. *Revista de Direito Administrativo* 215, p. 71-89. Rio de Janeiro, jan./nov. 1999. Disponível em: <http://www.congressosp.fipecafi.org/web/artigos82008/362.pdf>. Acesso em 10/06/2016.

NITÃO, Samara Rachel Vieira. **Saúde Suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação**. Rio de Janeiro: s.n., 2004. Disponível em: <http://thesis.iciet.fiocruz.br/pdf/nitaosrvvm.pdf>. Acesso em 10/06/2016.

VASCONCELOS, Adriana Fernandes de, SOUZA, Maria Vanessa de. Artigo: **Normas Contábeis das Agências Reguladoras: Um estudo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar**. Faculdade do Vale do Ipojuca. Disponível em: <http://www.congressousp.fipecafi.org/web/artigos82008/362.pdf>. Acesso em 10/06/2016.